ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

TOME ONZIÈME (2me SÉRIE.)

NOVEMBRE 1836.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE, N° 14.

1836.

BULLETIN MÉDICAL

BELGE,

RÉDIGÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

ET PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J.-R. MARINUS,

DOCTEUR EN MÉDECINE, SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT HISTORIQUE, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS D'ANVERS, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN, DE GAND, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, ETC.

11me LIVRAISON. — NOVEMBRE 1836.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

BULLETIN MEDICAL BELGE.

N° 11. — NOVEMBRE 1836.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Memoire sur le rhumatisme, lu à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans la séance du 5 septembre 1836; par le docteur Van Mons, médecin en chef de l'hôpital Saint-Pierre, secrétaire perpétuel de la Société.

Le rhumatisme est-il une affection simple ? ou présente-t-il des particularités, qui doivent le faire admettre parmi les affections spécifiques ? voilà ce qu'un examen attentif de ses causes, de ses symptômes, de sa marche, des altérations organiques auxquelles il donne lieu, et de la médication qui lui est opposée avec le plus de succès, peut seul nous apprendre.

Il est un fait qui échappe rarement aux médecins qui ont eu à traiter un certain nombre de rhumatismes, c'est que cette maladie, même lorsqu'elle débute d'une manière fort intense, se manifeste quelquefois sans cause connue.

Dans d'autres circonstances ce n'est qu'après une action très-prolongée de certaines causes que le rhumatisme se déclare.

Ainsi chez les militaires et les marins, ce n'est pas pendant qu'ils couchent dans les bivouacs, sur le tillac, la terre humide, exposés à toutes les vicissitudes atmosphériques qu'ils éprouvent les premières atteintes de cette maladie; mais bien lorsque de retour dans leurs foyers ils se sont livrés depuis quelque temps au repos, à une vie sédentaire. Il en est de même des personnes qui habitent une maison humide ou nouvellement bâtie, ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'elles s'en voient atteintes.

On doit admettre dans ces différens cas que la maladie germait dans l'économie et devait son origine à un état antérieur de l'organisme. Aussi apprend-t-on alors en interrogeant le malade qu'il était indisposé depuis un certain temps, qu'il ressentait du malaise, de l'accablement, des douleurs de tête, des vertiges, des étourdissemens, des tintemens d'oreilles, des saignemens de nez, des maux de gorge, des oppressions, des flux hémorrhoïdaux, etc., etc.

Si nous passons maintenant à l'étude des symptômes nous remarquons que le rhumatisme est souvent précédé de phénomènes précurseurs et d'une fièvre durant quelquefois vingt-quatre heures ; qu'il n'attaque pas un seul organe, comme la plupart des inflammations simples, mais qu'il occupe presque constamment plusieurs parties à la fois ; que sa marche n'est pas régulière mais bien intermittente; qu'il n'épuise pas toute son action sur une seule partie, mais qu'il change de siége à chaque instant. Il disparaît et récidive, s'amende et se réveille plusieurs fois dans le cours d'un même accès. Il se déclare quelquefois subitement et avec un très-haut degré d'intensité ; puis il disparaît brusquement.

Quand un individu a été atteint d'une inflammation simple bien guérie, il demeure rarement disposé à la contracter de nouveau ; il n'en est pas ainsi du rhumatisme : il est rare qu'une personne qui a subi un accès, n'en éprouve plus par la suite. On sent combien toutes ces circonstances sont étrangères aux inflammations franches.

La durée et les terminaisons du rhumatisme diffèrent aussi de celles des inflammations simples. Le rhumatisme est souvent très-opiniâtre et rebelle aux antiphlogistiques; il se termine presque toujours par délitescence, jamais par suppuration et par gangrène. Il est rare aussi de trouver des altérations organiques dans les muscles et les parties fibreuses, chez des sujets qui ont succombé pendant l'existence du rhumatisme.

Mais si, comme nous croyons en avoir donné la preuve, le rhumatisme n'est pas une inflammation simple, en quoi consiste l'autre élément qui le compose ? Est-ce dans une modification particulière de l'organisme, ou dans une altération du sang ? Ici commence le vague et l'incertain : tout devient hypothèses plus ou moins spécieuses. On peut cependant tirer de tout ceci la conséquence que le traitement antiphlogistique seul ne doit pas suffire dans un grand nombre de cas pour combattre le rhumatisme, et qu'il faut applaudir aux efforts de ceux qui ont cherché à découvrir un agent quelconque à opposer à l'élément inconnu du rhumatisme. Ce moyen est, selon nous, le tartre émétique à haute dose, dans le rhumatisme aigu ; différens narcotiques et les balsamiques dans les rhumatismes chroniques. Les antiphlogistiques mis exclusivement en usage, ne réussissent jamais aussi bien, que quand ils sont unis aux remèdes précédens.

1er Obs. — *Rhumatisme articulaire aigu, des plus intenses.*

La nommée Amélie Sterckx, âgée de 35 ans, née à Soignies, nettoya, douze jours avant d'entrer à l'hô-

pital, toute sa maison. Un travail aussi fatigant la fit naturellement transpirer ; c'est pendant cette transpiration qu'elle trempa ses mains et ses pieds dans l'eau froide et qu'elle demeura exposée à des courans d'air. Une cause aussi puissante de maladie ne devait sans doute pas rester sans effets.

Elle fut atteinte le lendemain d'une douleur dans tous les membres, accompagnée d'impossibilité de se mouvoir, etc., en un mot, un rhumatisme articulaire des plus intenses ne tarda pas à se manifester.

Deux saignées lui furent pratiquées en 2 jours et 12 sangsues appliquées sur la poitrine.

Malgré une médication aussi active, la malade voyant son mal empirer de jour en jour se fit transporter à l'hôpital, le 28 décembre au soir.

Cette femme d'une constitution semi-lymphatique avait les articulations des genoux, des pieds, des épaules, des coudes et des mains prises ; l'articulation fémoro-tibiale droite contenait un peu de sérosité ; la fièvre, la douleur intense, l'impossibilité de se mouvoir, d'uriner, etc., nous firent juger que la malade était atteinte d'un de ces rhumatismes aigus qui envahissent instantanément la presque totalité des articulations. Il y avait impossibilité de la saigner, à cause de la flexion des avant-bras, et de leur contracture sur les bras, et qu'il était impossible de pratiquer cette opération dans une telle position. Ce concours de circonstances nous fit recourir de suite à l'émétique. Il fut administré (après nous être bien convaincu de l'état sain des voies digestives) à la dose de XIV grains.

Le lendemain 29 décembre, un mieux notable s'était déjà manifesté, les douleurs n'étaient plus aussi fortes, et les articulations encore immobiles hier, étaient déjà mobiles aujourd'hui, à tel point qu'on put lui pratiquer une saignée de 12 onces. La malade n'avait ni vomi ni été à la selle et la langue continuait à garder son aspect physiologique. Le tartre émétique fut continué à la dose de gr. x.

Le 30 décembre, la malade nous dit avoir vomi deux fois et ne pas avoir été à la selle. Déjà elle se remuait dans son lit et le jeu de ses articulations n'était plus entravé. La douleur si forte auparavant avait tout à fait disparu et la fluctuation du genou encore légèrement sensible hier ne l'était plus aucunement aujourd'hui. L'émétique fut continué à la dose de gr. x.

Le 31 décembre, on pouvait déjà envisager la malade comme entièrement guérie. En effet, aucun des symptômes existant avec tant de force trois jours auparavant ne subsistait aujourd'hui. Elle a été six fois à la selle. Une soupe au lait fut accordée et le médicament continué à la dose de gr. VIII seulement.

Le 1er janvier, le jeu de toutes les articulations est libre et aucune douleur, même à une pression assez forte ne se fait plus sentir. On continue néanmoins le tartrate de potasse et d'antimoine à la dose de VI grains. Elle n'a été que deux fois à la selle.

Les 2, 3 et 4 janvier, on va successivement en diminuant jusqu'à ce qu'enfin toute crainte de rechute soit entièrement dissipée.

IIe Obs. — *Rhumatisme articulaire aigu.*

Marie Rozen, âgée de 28 ans, d'une constitution forte, entra à l'hôpital Saint-Pierre le 10 juin 1836. Sept jours auparavant, à la suite d'un refroidissement, elle éprouva des douleurs aux genoux et aux coudes ; les jours suivans elle en ressentit dans toutes les articulations des membres. A son entrée à l'hôpital, les épaules, les genoux et surtout les articulations des pieds, étaient douloureux ; ces dernières étaient rouges et gonflées, les genoux présentaient aussi du gonflement, mais ils étaient moins enflammés que les pieds. La malade était dans un état fébrile continuel, il y avait fréquence du pouls, chaleur à la peau, etc. On lui pratique une saignée de 12 onces, que l'on répète le lendemain ; on prescrit en même temps quatre grains de tartre émétique avec demi-grain d'opium dans une potion ; on recouvre les articulations douloureuses de cataplasmes anodins. La malade est mise à la diète. Le tartre émétique occasionne deux ou trois vomissemens.

Le 11, les douleurs avaient beaucoup diminué. On répète la même potion et les cataplasmes anodins.

Le 12, la malade n'éprouve plus de douleurs que dans l'épaule droite et les articulations tibio-tarsiennes, qui sont encore un peu gonflées. Mêmes moyens.

Les 13 et 14, on prescrit encore deux grains d'émétique.

Le 15, la douleur aux pieds avait entièrement cessé, la marche n'était plus gênée. Il existait encore un peu de douleur à l'épaule droite que l'en recouvrit d'un cataplasme émollient arrosé de laudanum.

On remplaça l'émétique par 20 grains de poudre de Dower.

Le 17, la malade était parfaitement rétablie et sortit de l'hôpital.

IIIe Obs. — *Rhumatisme articulaire aigu.*

La nommée Collier, Josephine, âgée de 28 ans, fut atteinte le 18 novembre d'un commencement de rhumatisme, elle continua néanmoins à travailler, et ce ne fut que le 28 qu'elle fut forcée de s'aliter.

Elle ne subit aucune médication. Ce ne fut que le jour de son entrée à l'hôpital, qui eut lieu le 28 novembre au soir, qu'elle se fit saigner le matin.

Nous remarquâmes chez elle tous les symptômes d'un rhumatisme articulaire des plus intenses ; il y avait entre autre fièvre très-forte, chaleur excessive à la peau et en outre une collection de sérosité très-considérable dans les deux articulations tibio-fémorales.

Cette personne ne pouvait mouvoir aucun de ses membres, la moindre pression sur ses articulations occasionnait des douleurs insupportables.

Comme je l'ai déjà dit plus haut, elle entra à l'hôpital vers le soir. Comme elle avait été saignée le matin, on jugea convenable de répéter l'émission sanguine ; mais à l'instant même seize grains de tartre émétique lui furent administrés dans une potion avec une once de sirop de diacode, potion dont elle devait prendre toutes les deux heures une cuillerée.

Le lendemain 29, les symptômes s'étaient considérablement amendés, et ils l'auraient peut-être été davantage si la malade n'eut pas mis de la négligence ou au moins n'eut éprouvé de la répugnance, à cause de deux vomissemens et de quatre selles, qu'elle avait eus la nuit, à prendre son médicament. Une saignée de 16 onces lui fut faite et le tartre émétique continué à la même dose.

Le 30, la malade éprouva une amélioration considérable ; elle put déjà commencer à mouvoir ses membres, ce qui lui était tout à fait impossible le jour précédent. L'émétique ne fut continué qu'à la dose de 14 grains.

Le 1er décembre, les vomissemens ont encore lieu à chaque ingestion du médicament dans l'estomac. Nous pouvons déjà considérer la malade comme entièrement débarrassée de son rhumatisme, dans toutes les articulations, excepté dans les tibio-fémorales, où un léger épanchement existe encore. Elle prend pendant le jour 12 grains de tartre émétique.

Le 2, la malade se meut assez facilement dans son lit et sans la moindre douleur. Il est à remarquer cependant qu'il y a un peu de raideur dans tout son corps, raideur qui ne l'empêche cependant pas de se mouvoir et ne lui occasionne pas la moindre douleur. Émétique gr. x., une soupe au lait.

Le 3, la collection qui existait dans les genoux a entièrement disparu. Elle est guérie. Nous lui continuerons cependant encore pendant quelques jours le tartre émétique en diminuant jusqu'à 2 grains.

IVe Obs. — *Rhumatisme légèrement aigu.*

Dorothée Lamine, veuve Leroy, journalière, âgée de 56 ans, d'un tempérament sanguin, admise à l'hôpital le 2 février, accusait une douleur vive, fixe et dilacérante, occupant la partie supérieure et externe de la cuisse gauche.

Cette douleur s'est déclarée sans cause connue, subitement et dans toute son intensité, il y a six jours ; elle augmente par la pression, devient lancinante et se porte dans les lombes par le plus petit mouvement ; la peau a conservé sa couleur et ne paraît point gonflée ; le pouls est plein et plus accéléré, la peau chaude et légèrement moite, la soif assez forte, l'appétit presque nul, la langue couverte d'un enduit blanchâtre.

A l'exacerbation qui survient le soir, succède pendant la nuit une amélioration, remplacée à son tour vers le matin par un état plus prononcé des phénomènes sympathiques.

Ces symptômes ayant permis de diagnostiquer un rhumatisme musculaire aigu, on a appliqué 12 sangsues sur la partie malade, qu'on a recouverte ensuite de cataplasmes laudanisés, et la diète absolue a été prescrite.

Le 3, une amélioration sensible avait eu lieu, mais la fréquence du pouls, l'enduit blanchâtre de la langue et une exacerbation qui eut lieu de nouveau, nous engagèrent le 4, à appliquer une seconde fois 12 sangsues sur le point affecté.

Le 6, tout avait disparu, il ne restait plus que la faiblesse ordinaire aux convalescens.

Ve Obs. — *Rhumatisme aigu.*

Joseph Howart, cocher, âgé de 26 ans, d'un tempérament sanguin, est entré à l'hôpital le 15 janvier, éprouvant depuis trois semaines un malaise général, des douleurs au cou et à la tête et une diminution dans l'appétit.

L'ayant examiné, nous avons remarqué les symptômes suivans : les articulations du pied et du genou droit étaient gonflées, un peu rouges, chaudes et douloureuses ; la pression et le mouvement augmentaient cette douleur qui se faisait également sentir dans le dos et dans le cou, surtout à la partie antérieure et dans les muscles de l'abdomen ; un sentiment de pesanteur était répandu dans les bras ; la face était rouge, les yeux injectés, la tête douloureuse, la soif vive, le pouls accéléré et dur, la peau chaude et sèche, la langue blanche sans rougeur à la pointe et à son pourtour ; l'appétit était aboli, il y avait constipation et insomnie. De tous ces symptômes nous avons conclu qu'il était atteint de rhumatisme aigu et nous l'avons soumis au traitement suivant.

Le 15 janvier une saignée lui fut pratiquée ; le sang offrit une couenne inflammatoire, et on lui administra 14 grains d'émétique.

Le 16 on eut également recours à une saignée et à l'administration de 12 grains d'émétique, et on ordonna des boissons sudorifiques.

Les 17 et 18 le traitement fut le même que le 16, mais les douleurs des muscles de l'abdomen étant augmentées on y appliqua des cataplasmes laudanisés.

Le 19, la fièvre était tombée et la douleur des muscles de l'abdomen avait disparu ; le rhumatisme ayant quitté les articulations du pied et du genou gauche, 10 grains d'émétique et des boissons sudorifiques furent administrés.

Le 20 il se trouvait beaucoup mieux et avait passé une bonne nuit ; on ordonna 10 grains d'émétique.

Le 21 l'amélioration était sensible, il n'éprouvait plus qu'une légère douleur dans les articulations ; six grains d'émétique composèrent le traitement et il put prendre une soupe au lait.

Les 22 et 23 il put se lever, n'éprouvant plus de douleur, et l'appétit commençait à se prononcer ; on lui fit prendre six grains d'émétique, on permit de la soupe au lait et du pain.

Le 24 on cessa l'administration de l'émétique et le malade entra en convalescence.

VIe Obs. — *Rhumatisme chronique.*

La nommée Barbe Vandervennen, âgée d'environ 20 ans, d'une constitution sanguine et n'ayant jamais eu de maladies antérieures, entra à l'hôpital le 8 janvier 1836. Elle offrait deux endroits douloureux, l'un à droite à la réunion des trois quarts supérieurs avec le quart inférieur de la poitrine, à peu près où les côtes se joignent à leurs cartilages, l'autre à gauche et au

point correspondant. La douleur, au dire de la malade, était mobile et dilacérante, elle augmentait par la moindre pression, ainsi que par une inspiration un peu forte. Nous percutâmes la poitrine, elle offrit partout un son clair; le bruit respiratoire se faisait entendre dans toute son étendue. Il y avait absence de râle, de toux, de fièvre; le pouls était fort et un peu plus accéléré qu'à l'état normal. Les voies digestives n'offraient aucun signe d'inflammation, et l'urine avait conservé sa clarté ordinaire. La cause qui donna lieu à cette douleur fut le passage, à diverses reprises, d'un appartement chaud où la malade avait veillé pendant la nuit du 7 au 8 janvier, dans un endroit d'une température beaucoup plus basse.

Nous conclûmes à l'existence d'un rhumatisme des muscles respiratoires (pleurodynie).

Nous l'avons traité en conséquence. Le 8, cinq sangsues furent appliquées sur chaque point douloureux et remplacées par des cataplasmes arrosés de laudanum; la poudre de Dower fut administrée à l'intérieur comme sudorifique et calmante. Le mal persistait encore le lendemain 9, mais à un moindre degré; la même médication fut continuée avec augmentation du sudorifique. Enfin deux emplâtres stibiés appliqués sur les endroits douloureux sont venus mettre fin à tout symptôme. Observons encore que la dose de la poudre de Dower fut augmentée ou diminuée selon l'intensité ou l'amendement de la maladie.

VIIe OBS. — *Rhumatisme chronique.*

La nommée veuve Bodart, âgée de 66 ans, entrée à l'hôpital le 4 février, d'une constitution assez forte, employée à une fabrique dans un endroit froid et humide, accusa lors de son admission être malade depuis cinq jours, et avoir ressenti à l'invasion de sa maladie un froid bientôt suivi de douleurs commençant à la partie supérieure du dos, se prolongeant à l'articulation ilio-fémorale et jusque dans la cuisse gauche. Au bout de deux jours la douleur diminua d'étendue et se borna à l'articulation et à la cuisse. Cette région, au moment où nous examinâmes la malade, ne présentait ni chaleur ni gonflement.

On lui fit une application de 12 sangsues en même temps que de cataplasmes laudanisés sur l'endroit douloureux; elle prit à l'intérieur 15 grains de poudre de Dower et fut soumise au régime lacté.

Le 6, la douleur persistant, une nouvelle application de sangsues lui fut faite, les cataplasmes et la poudre de Dower furent continués, mais en augmentant la dose de 5 grains chaque fois.

Le 8, il restait un peu de douleur à l'articulation et de la raideur dans tout le membre. Elle se frictionna avec un liniment laudanisé et camphré. Le 10 tout avait disparu et elle était entièrement guérie.

Mémoire sur le bandage inamovible, lu au Congrès médical de Belgique, dans la séance du 24 septembre 1836; par le docteur SEUTIN, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Pierre.

Le bandage inamovible est un point de pratique qui a été dans ces derniers temps l'objet de discussions assez vives : tour à tour adopté avec ardeur ou rejeté sans restriction par ses partisans ou ses détracteurs, il fut regardé par les uns comme une véritable conquête de la chirurgie, ou repoussé par les autres comme une invention inutile et dangereuse.

De part et d'autre, des faits, des expériences vinrent à l'appui des opinions; et les adversaires de l'appareil surent si bien user de leurs avantages, que les hommes consciencieux, simples spectateurs de la lutte, se sont demandé et se demandent même encore aujourd'hui s'il est bien vrai que le bandage inamovible soit supérieur aux bandages ordinaires, et s'il ne faut pas plutôt le regarder comme une arme perfide, qu'il est téméraire et dangereux de manier.

Cependant, si l'on veut se donner la peine d'examiner soigneusement la question, et surtout de la considérer sous un certain point de vue, il me paraît impossible de ne pas avouer la supériorité de ce bandage. L'on s'est trop souvent attaché à le représenter sous un faux jour, et à en rembrunir les faces les plus brillantes par l'examen minutieux et affecté de ses côtés les moins favorables. Les antagonistes ont trop souvent omis à dessein l'étude de ses avantages pour se borner à exagérer ses défauts, sans se rappeler qu'il existe dans les arts et dans la nature même une foule de choses utiles qui néanmoins peuvent quelquefois présenter des inconvéniens. A les entendre, il semblerait qu'ils eussent plutôt eu à discuter la question de savoir *dans quel cas l'inamovible pouvait être dangereux*, que celle qui aurait eu pour but de constater *s'il pouvait être employé avec succès, et s'il devait quelquefois l'être de préférence aux autres moyens connus.* Et il devait nécessairement en être ainsi, car il est des cas où, comme je vais le démontrer, cet appareil jouit de prérogatives tellement manifestes, qu'il faudrait pour ainsi dire être dénué de jugement et de raison pour les lui contester.

Ainsi, prenant au hasard quelques exemples, représentons-nous un cas de pratique où il soit indispensable de maintenir une partie immobile, en même temps qu'il est dangereux de condamner au repos la totalité du corps : et pour rendre la chose encore plus spéciale et plus sensible, supposons une fracture d'un os principal des extrémités pelviennes survenue chez un vieillard dont les tissus sont disposés à la mortification, et dont les cartilages et les synoviales sont susceptibles de devenir le siége d'un travail d'ossification funeste; supposons que l'on trouve un moyen d'affronter les fragmens sans devoir pour cela maintenir le corps dans l'immobilité, ce moyen ne serait-il pas le seul que la circonspection du chirurgien lui permît d'employer?

Eh bien! ce moyen, l'appareil inamovible le four-

nira d'une manière certaine : entourez le membre de ce bandage, et après quelque temps de repos accordé à sa solidification et à sa dessiccation, vous ferez mouvoir les articulations libres de votre malade, et vous lui aurez évité les inconvéniens de la stagnation des liquides (hypostase) et les dangers des escarres et des ankyloses, résultats d'une immobilité prolongée.

Figurons-nous encore une fracture survenue chez un jeune homme ; la déchirure des parties molles a été médiocre, le gonflement inflammatoire a disparu, ainsi que tous les accidens primitifs, et la nature ne semble plus demander à l'art que le repos pour achever le travail de consolidation qu'elle a commencé. Mais ce repos, ne l'accorderez-vous à la partie malade qu'aux dépens de l'économie entière ? Le sujet que vous traitez est jeune, impatient, plein d'agilité et de force, ses organes gémissent de se voir condamnés à l'inaction ; il vient de passer des exercices d'une vie active à l'apathie forcée d'un décubitus ennuyeux. Laisserez-vous son corps à la torture et son esprit en proie aux plus tristes réflexions, si vous pouvez le distraire par quelques promenades et le remettre à l'aise en lui rendant une partie du mouvement qu'il a perdu ? Non sans doute.

Prenons maintenant pour troisième exemple, le cas d'une fracture survenue chez un enfant en bas âge. Son indocilité, sa pétulance, l'ignorance où il est de la nécessité du repos pour sa guérison, seront cause d'un déplacement considérable et continuel des pièces de l'appareil contentif. En outre, si la lésion osseuse a lieu à la cuisse, le voisinage de l'anus et du canal de l'urètre, déterminera, malgré les soins les plus assidus et la surveillance la plus active, l'imbibition du bandage par les matières fécales et les urines. De toutes ces circonstances réunies résulteront bientôt des inconvéniens graves. Le changement de rapports des surfaces fracturées, l'infection résultant de la présence de matières éminemment putrescibles, l'excoriation imminente des parties avec lesquelles elles sont en contact, forceront le chirurgien à renouveler presqu'à chaque instant le bandage. Mais ces mutations continuelles ne pourront s'effectuer qu'aux dépens de la célérité et de la régularité de la consolidation. Il en résulte que l'inamovible sera ici éminemment utile s'il peut préserver de la nécessité de panser souvent et garantir les surfaces qu'il entoure de l'impression nuisible des liquides ambiants. Or, c'est précisément ce qui a lieu : car je démontrerai plus bas que ce bandage a la propriété de maintenir la coaptation, même pendant les mouvemens les plus inconsidérés ; et d'un autre côté, en prenant l'attention d'empêcher le contact de l'urine et des fèces jusqu'à sa dessiccation au moyen d'un morceau de taffetas ou de toile cirée, on s'opposera par son usage au croupissement de ces matières excrémentitielles, surtout si l'on a soin de l'enduire sur ses parties les plus voisines du bassin d'une couche de blancs d'œufs ou d'un vernis quelconque qui garantisse ses parois immobiles de la pénétration des liquides.

Enfin, il n'arrive que trop souvent dans la pratique que des fractures compliquées, avec dilacération considérable des parties molles, lésion de filets nerveux, etc., soient bientôt suivies de phénomènes annonçant le délire traumatique, le tétanos. Alors, les blessés voulant se mettre en rapport avec des êtres fantastiques ou fuir des objets désagréables que leur représente leur imagination malade, exécutent divers mouvemens qui tous, en dernier résultat, ont pour effet des déplacemens quelquefois effrayans. On a vu des malheureux, ainsi égarés par l'exaltation de la fièvre, briser les liens qui les retenaient dans leur lit, se lever, marcher sur des membres fracturés, et déterminer de cette manière l'issue des fragmens à travers la peau, et des lésions tellement graves que l'amputation en a dû être la suite. Je le demande à tout homme consciencieux, n'est-ce pas encore ici que le bandage inamovible devient un moyen vraiment héroïque, une véritable sauve-garde contre la mutilation ?

Et le praticien ne serait-il pas mille fois répréhensible et responsable des accidens redoutables qui peuvent survenir, si, connaissant un moyen aussi sûr et aussi facile pour empêcher de si affreux désordres, il s'obstinait à rester embourbé dans la vieille ornière de la routine plutôt que de faire pour un moment la concession de ses usages et de ses habitudes en faveur de l'urgence de l'indication qui se présente à ses yeux ?

Voilà donc des cas où l'appareil inamovible jouit évidemment d'une supériorité incontestable, et où aucun des moyens actuellement connus ne peut le remplacer. Ceci étant admis, la question de savoir s'il doit être reçu dans le domaine de la chirurgie n'en est plus une : ce qui est d'une utilité évidente, ne fut-ce même que pour un seul cas, doit par cela même être adopté comme acquisition avantageuse : et sous ce rapport, ceux qui ont rejeté l'appareil sous prétexte qu'il pouvait présenter quelquefois des dangers, ont fait un raisonnement entièrement faux : car il serait absurde et contraire à tous les principes qui doivent guider dans l'exercice des sciences et des arts, de prétendre qu'une découverte doit être abandonnée parce qu'elle peut devenir dangereuse entre des mains inhabiles ou inexpérimentées. Le talent et le savoir du praticien doivent être supposés, et il faut avoir assez de confiance dans ses lumières pour croire qu'il saura discerner lorsqu'il le faudra, employer ou rejeter le moyen, suivant que les circonstances sembleront lui faire une loi d'agir ou de s'abtenir

Mais il s'en faut que le bandage inamovible doive être borné à un rôle si restreint qu'il ne puisse servir que dans les cas dont il vient d'être parlé. Là, il est vrai, son utilité et sa supériorité sautent aux yeux : mis alors en pratique, il est par lui-même un argument contre lequel toutes les vaines spéculations de la théorie viennent échouer. Mais il est une foule d'autres circonstances où il peut fournir des avantages non moins précieux. Et il est vraisemblable que si l'on avait jusqu'aujourd'hui mieux analysé son mode d'action et les nombreuses applications dont il est susceptible, son domaine, loin de se restreindre, se serait accru au point d'occuper une des places les plus importantes de la thérapeutique chirurgicale.

Il est reconnu par tout le monde que le bandage ordinaire, le bandage à attelles, est incapable de maintenir en rapport les fragmens des os des extrémités inférieures, si, en même temps qu'on y soumet le blessé, on lui permet de se mouvoir au moyen de béquilles. Les pièces dont se compose cet appareil sont trop peu assujetties, trop mobiles les unes sur les autres, et trop peu moulées sur les inégalités du membre, pour qu'elles n'abandonnent pas bientôt les rapports qu'on leur avait donnés, favorisées encore en cela par les lois de leur propre pesanteur. L'action contentive d'ailleurs ne porte que sur les différens points de deux ou tout au plus de trois lignes idéales, longeant les parties latérales et antérieure du membre, et passant également sur les saillies osseuses et les dépressions qui les séparent. Le bandage inamovible au contraire, se moulant exactement sur tous les contours et toutes les inégalités, fait avec son contenu un tout qui ne peut se mouvoir sans le concours de toutes ses parties constituantes. Il n'agit point seulement par quelques points de son étendue, mais bien par toute sa circonférence. Il fait attelle dans tous les sens; et l'on peut représenter son action en le comparant à une série de tiges inflexibles, courbées en différens sens pour s'accommoder aux accidens et aux inégalités de la surface d'application.

Ainsi, si l'on met en mouvement un membre abdominal ainsi maintenu immobile dans toute sa longueur, qu'arrivera-t-il? Si une impulsion est imprimée au pied, par exemple, le mouvement se transmettra de proche en proche à la jambe, à la cuisse et de là au bassin : aucun mouvement partiel n'aura lieu, et tout le membre abdominal se portera avec l'acetabulum dans la direction de l'impulsion primitive. Si c'est le genou qui reçoit le choc, ou même si c'est le bassin, le même phénomène aura lieu, et dans aucun cas les fragmens ne pourront se déplacer, puisqu'ils se porteront simultanément dans le même sens.

Aucune articulation ne pourra jouer non plus : car en supposant qu'un os soit sollicité à se mouvoir sur un autre, il en sera tout à la fois empêché par deux faces diamétralement opposées du bandage : d'où il est facile de conclure que les contractions musculaires elles-mêmes seront impuissantes pour opérer aucun changement de rapport entre les pièces osseuses, puisque, d'une part, la contraction ayant besoin d'un certain espace latéral pour le développement des fibres, ne pourra avoir lieu que bien imparfaitement, et que, de l'autre, quand bien même elle pourrait s'opérer librement, le déplacement serait rendu impossible par la résistance du moyen contentif.

Ce peu de mots sur les propriétés de l'appareil dont il est ici question suffisent pour faire pressentir que son usage ne doit point seulement être limité aux cas dont il a été parlé plus haut, mais qu'il doit être adopté comme méthode générale dans le traitement des fractures, de préférence aux bandages ordinaires. En effet nul autre moyen ne peut, sauf dans quelques exceptions très-rares, remplir comme lui la triple indication de maintenir la coaptation d'une manière permanente, de s'opposer constamment à l'action des forces qui tendent à détruire les rapports des fragmens réduits, et d'opérer tout cela par une compression uniforme, régulière et méthodique. M. Larrey l'emploie non-seulement dans les fractures simples, mais même dans celles qui sont accompagnées de sortie des fragmens et qui doivent être suivies d'une abondante suppuration : et chose remarquable, c'est que le bandage, appliqué dans ces cas, est non-seulement exempt des inconvéniens que la théorie semblerait devoir faire prévoir, mais qu'il jouit encore, comme l'a constaté le célèbre chirurgien que je viens de citer, de la prérogative d'empêcher, par la compression qu'il détermine, la sécrétion excessive du pus qui jette si souvent les blessés dans le marasme, et de rendre l'absorption de ce liquide infiniment moins dangereuse, en le soustrayant à l'influence de l'air. J'ai été à même plusieurs fois de constater la justesse de ces observations, et je suis à cet égard tout à fait d'accord avec M. Larrey. Bien plus, je pense même que vouloir restreindre l'application de l'inamovible au traitement seul des fractures, c'est encore méconnaître une partie des services qu'il peut rendre à l'humanité, et toute l'étendue du vaste champ qu'il pourrait ouvrir à la pratique chirurgicale, si on voulait se donner la peine de le perfectionner et d'étudier soigneusement son mode d'action avec un esprit dégagé d'intérêt et de préjugés. Les essais que j'ai déjà faits pour étendre son emploi à la cure de lésions autres que les fractures, m'ont pour ainsi dire constamment réussi. Et c'est à un tel point, que je ne crains pas de dire que par l'extension de son usage on verrait une quantité de maladies externes réputées incurables lui réclamer une dernière et salutaire ressource. Bientôt aussi sous son heureuse influence, les salles de chirurgie des hôpitaux perdraient leur aspect lugubre et monotone, et l'on n'y rencontrerait plus des individus forcés, malgré la meilleure santé, d'y jouer le triste rôle de malades et d'y consumer sur un lit de douleurs les forces dont la nature a besoin pour réparer les coups que des causes étrangères lui ont portés.

L'inamovible possède une qualité à laquelle, je pense, on n'a point fait assez d'attention, ou du moins qu'on n'avait pas encore mis à profit jusqu'aujourd'hui.

Elle consiste dans l'extrême facilité avec laquelle on l'applique sur des endroits que l'on n'avait seulement point songé à contenir par les moyens ordinaires.

Il doit cette propriété aux différens degrés de solidité par lesquels il passe avant d'arriver à la consistance qui doit constituer sont état définitif, et à la faculté que l'on a de profiter de la mollesse où il se trouve immédiatement après son application, pour lui donner toutes les formes et y pratiquer toutes les ouvertures que l'on pourrait juger convenables. Cet avantage d'être ainsi mou, souple et facile à couper, ou dur, rigide, inflexible pour ainsi dire, suivant l'exigence des indications, me fit bientôt penser à l'appliquer dans les cas de caries, de nécroses, accompagnées de plaies par lesquelles devaient être éliminés des fragmens osseux plus ou moins considérables et qui ne pouvaient se guérir que par l'amputation ou l'ankylose.

Là, en effet, on ne peut employer qu'un moyen qui, tout en maintenant les ouvertures libres, possède cependant une solidité assez grande pour s'opposer aux mouvemens de la partie. Ainsi, supposons une fracture comminutive de la partie antérieure des os du tarse produite par une arme à feu et pour laquelle on n'a pas jugé nécessaire de faire l'amputation. Il est ici plus que probable que le travail inflammatoire aura pour résultat l'élimination de plusieurs parcelles osseuses qui devront trouver une issue, et il est évident qu'on ne peut raisonnablement espérer la guérison qu'au moyen d'une ankylose. Mais cette ankylose, on ne l'obtiendra qu'en empêchant les mouvemens d'extension, de latéralité et de flexion du pied. Or, comme pour empêcher ces mouvemens, il faudrait agir sur des parties extrêmement irrégulières, comme la face postérieure de la jambe, le talon et la plante du pied, et comme les attelles ne s'accommoderaient nullement de toutes ces conditions quelque forme et quelque direction qu'on leur donnât d'ailleurs, il en résulterait qu'il n'y aurait d'autre ressource que de maintenir la jambe et le pied à l'aide d'une gouttière en métal recourbée derrière le talon.

Encore cette gouttière ne pourrait-elle pas toujours maintenir les parties dans l'immobilité complète pendant les pansemens, à moins qu'elle ne fut assujettie par des bandes étendues sur une surface assez considérable pour devoir empiéter sur la plaie des tégumens. Le bandage inamovible n'aura point tous ces inconvéniens et s'appliquera néanmoins avec une étonnante facilité : son carton mouillé et découpé suivant la forme convenable, s'adaptera aisément à la plante du pied, au talon et à la jambe sans interruption dans sa continuité. Les tours de bande qui doivent fixer ce carton et former en même temps ce bandage, passeront d'abord sur toute l'étendue du membre et même sur la plaie, et par des renversés habilement ménagés ils envelopperont le talon d'une manière exacte et solide. Il ne restera plus alors qu'à enlever avec des ciseaux une très-petite portion de l'appareil qui passe sur la plaie, autant et dans la direction que l'exigera cette plaie ; et lorsque le tout sera sec, le bandage sera aussi solide que si aucune perte de substance n'y avait été pratiquée.

Les propriétés de notre appareil peuvent encore le rendre utile pour le maintien des membres après les réductions de luxation, lorsque les accidens primitifs ont disparu. Il aura toujours alors l'avantage de favoriser l'immobilité complète jusqu'à ce que l'on veuille restituer les mouvemens à l'articulation, et d'éviter au chirurgien la réapplication fréquente des autres bandages propres à contenir les surfaces articulaires en rapport, surtout si l'on a l'intention de permettre au malade de se lever pendant le temps nécessaire au retour des parties à leur état naturel. Il existe même des circonstances où, malgré l'existence de phénomènes inflammatoires, il pourra être employé avec succès. En effet, quel est le premier besoin de toute partie phlogosée pour revenir à son état normal? C'est évidemment le repos et la cessation de ses fonctions. Or, cette condition est surtout indispensable pour les articulations enflammées, parce qu'alors le moindre mouvement détermine quelquefois des douleurs atroces. En supposant donc une congestion inflammatoire par exemple, dans l'articulation scapulo humérale préalablement luxée et réduite, on conçoit aisément que l'inamovible pourra être appliqué sur le bras et l'avant-bras sans inconvénient et au contraire avec avantage. Ainsi, en entourant les doigts d'un gantelet et le membre jusqu'à l'attache inférieure du deltoïde d'une bande roulée durcie par l'amidon, l'on s'opposera au gonflement du bras et de la main ; en appliquant ensuite le reste du bandage autour de la poitrine, on s'opposera aux mouvemens de l'articulation malade, et on n'empêchera cependant nullement les médications locales ni la plupart des applications qui sont le plus ordinairement en usage dans ces sortes d'affections. Ces considérations peuvent même jusqu'à un certain point faire concevoir la possibilité de se servir de l'inamovible dans certaines affections articulaires, non pas pour déterminer la soudure de l'articulation, mais seulement dans le but de maintenir les parties immobiles et d'éviter ainsi les désordres quelquefois considérables causés par des mouvemens involontaires ou inconsidérés du malade.

Dans les tumeurs blanches et différentes autres maladies articulaires, il arrive souvent que l'ankylose est la seule terminaison heureuse que l'on puisse espérer sans opération sanglante. Alors il peut se faire que le bandage ordinaire devienne inutile, insupportable, et soit même suivi d'accidens, à cause que les attelles ne comprimant, comme je l'ai dit plus haut, que dans la direction de plusieurs lignes plus ou moins invariables dans leur situation, et ne pouvant agir d'ailleurs que lorsqu'elles sont fortement serrées sur les membres, il arrive, ou que l'on doive relâcher les liens et se résoudre à laisser l'appareil pour ainsi dire inefficace, ou que des escarres, des récrudescences inflammatoires, des perforations, etc., se développent par la compression constante sur des éminences osseuses gonflées et altérées, ou sur la peau qui a elle-même perdu une partie de son énergie vitale. Le bandage inamovible convient alors, parce qu'il n'agit que sur de larges surfaces et n'est pas sujet à se déranger, et il est évident qu'il méritera toujours la préférence lorsque son application sera facile. Cependant il faut avouer que cette application est loin de présenter toujours ces conditions, surtout quand la nécessité où l'on se trouve de laisser la tumeur blanche à nu pour y appliquer les topiques nécessaires, empêche de fixer convenablement le bandage au niveau de l'articulation. On se trouvera bien d'employer alors une espèce de bandage mixte, composé d'une attelle et de bandes inamovibles. Si le genou, par exemple, était le siége d'une telle affection, et que l'on voulut, pour faciliter la marche après la guérison par ankylose, étendre la jambe sur la cuisse, afin d'alonger le soutien représenté par la totalité du membre, il pourrait se faire que la propension à la flexion, qui est ordinairement très-énergique dans ce cas, apportât des obstacles à la réussite du bandage inamovible ordinaire, vu que la partie qui devrait représenter le plus de ré-

sistance se trouve au jarret et que c'est précisément là qu'aucun lien ne peut être appliqué. Je conseillerais, pour obvier à cet inconvénient, d'envelopper d'abord le pied, puis la partie inférieure de la jambe et la cuisse au-dessus du genou d'une bande que l'on induirait d'amidon et qu'on laisserait sécher; d'appliquer ensuite sur cette bande durcie par la dessiccation, l'attelle dont la forme d'ailleurs devra être appropriée aux circonstances : puis soutenir les deux extrémités du levier représenté par l'attelle, au moyen de bandes enduites du mucilage. De cette manière l'on aura un des moyens les plus commodes pour maintenir l'extension d'une manière permanente et sévère, et l'on évitera jusqu'à l'idée des dangers d'une compression soutenue sur la partie postérieure du membre, puisque l'agent qui serait exposé à produire cette compression sera appliqué sur une pièce rigide qui empêchera son action immédiate sur les tissus. J'ajouterai à ce que je viens de dire sur les tumeurs blanches, et pour celles des extrémités inférieures surtout, que cette méthode offrira une infinité d'avantages. Après avoir, dans le principe, employé les moyens antiphlogistiques nécessaires, son application offrira une garantie certaine contre l'ankylose difforme que l'on remarque si souvent, par la flexion presque complète des membres inférieurs qui ont été le siége de cette affection ; le bandage bien établi pourra éviter cette flexion, en laissant toutefois la partie malade à même d'être pansée convenablement, soit en pratiquant des ouvertures aux cartons et au linge qui entourent l'articulation malade. Ce bandage d'ailleurs, est si léger, si commode, que le petit malade pourrait très-facilement marcher avec des béquilles; et ainsi le repos parfait toujours indiqué dans ces affections ne serait plus de rigueur et permettrait aux enfans de faire de l'exercice. si salutaire pour modifier leur constitution.

Je pense même que la luxation spontanée coxo-fémorale, serait fréquemment conjurée par cette méthode. Les praticiens savent combien il est difficile de maintenir au repos absolu les enfans; par cette méthode ils y seraient forcés. Ajouter à cela *une compression méthodique* sur l'articulation, pourrait peut-être empêcher la sortie de la tête du fémur : j'appelle là dessus l'attention des praticiens.

Après les resections, il est indiqué ordinairement de maintenir les parties dans l'immobilité, afin que la substance qui doit rétablir la continuité des parties puisse librement se former; l'appareil inamovible, en vertu de sa propriété de pouvoir fixer solidement une attelle en n'agissant que sur ses deux extrémités, peut encore avoir ici son application. Il en sera de même dans certaines brûlures arrivées à la période de cicatrisation, pour éviter les brides qui causent si souvent des difformités, et après les opérations qui ont pour but de détruire ces difformités, afin d'empêcher la récidive.

L'orthopédie peut quelquefois réclamer des moyens agissant d'une manière constante et invariable dans un sens contraire au déplacement ou à la déviation qui constitue une difformité : le bandage dont nous nous occupons fournira quelquefois alors une ressource précieuse : c'est ainsi que des déviations des jambes ou des pieds, ou des membres supérieurs, pourront ordinairement très-bien s'accommoder de son emploi, surtout chez les personnes peu aisées chez qui ces vices de conformation restent souvent sans traitement à cause de la cherté de la plupart des machines orthopédiques. Ici cependant la confection du bandage doit varier suivant une foule de circonstances, et il serait difficile d'indiquer *à priori* les modifications que les différens cas pourraient exiger. Mais il est réservé au génie du chirurgien de deviner alors ces modifications et d'approprier constamment le remède à la nature de la lésion ; beaucoup de praticiens distingués m'ont assuré avoir retiré de grands avantages de cet appareil dans le traitement des pieds-bots.

L'on voit que l'étendue de la sphère qui constitue le domaine du moyen curatif que nous conseillons est incommensurable, et qu'il est même impossible de dire à présent jusqu'où les chirurgiens expérimentateurs pourront encore en reculer les bornes. Une fois le principe admis, les conséquences deviennent infinies. Nouveau Protée l'appareil permanent empruntera continuellement de nouvelles formes, et se composera, se décomposera, se simplifiera ou se compliquera entre les mains du chirurgien habile pour suivre pour ainsi dire servilement ses intentions. La théorie de l'inamovibilité dans le traitement des fractures conduira à une quantité de procédés inconnus jusqu'à ce jour dans les annales de la science. Et c'est ainsi que le bandage inamovible, *ancien* par son origine, *récent* par son importation en France par un chirurgien célèbre deviendra tout à fait *nouveau* par les modifications successives et les applications variées dont l'art pourra le rendre susceptible.

Abordons maintenant la question de savoir quelle sera la meilleure méthode pour la confection de cet appareil, et pour cela jetons un coup-d'œil rapide sur les différens procédés mis en usage par différens praticiens.

M. Dieffenbach emploie une couche de plâtre qui constitue ensuite une espèce de botte dans laquelle les fragmens sont maintenus ; mais cet appareil perdant en ténacité ce qu'il gagne peut-être en solidité, ne peut résister efficacement aux chocs extérieurs, se brise facilement, et perd ainsi l'avantage le plus précieux, à mon avis, de l'appareil permanent, qui consiste à permettre au blessé des mouvemens de progression. Le bandage de M. Larrey jouit au suprême degré de cet avantage ; il a même la propriété de permettre une espèce de transsudation des parties les plus ténues des couches purulentes qui peuvent être sécrétées à la surface des plaies, et de s'emparer des parties les plus épaisses de ce produit pathologique pour constituer avec elles un tout encore plus solide qu'auparavant. Mais d'un autre côté, les ingrédiens qui entrent dans la composition de ce liquide peuvent être quelquefois difficiles à se procurer, par exemple à la campagne, et, lorsque l'on adopte l'appareil inamovible comme

méthode générale dans les hôpitaux où arrivent un grand nombre de fractures, le nombre de blancs d'œuf dont on a besoin peut rendre ce moyen dispendieux, surtout dans certaines saisons de l'année, où les œufs deviennent plus rares. D'ailleurs comme le bandage, constitué de cette manière, s'imbibe assez difficilement d'eau, il peut devenir pénible de l'ôter et l'on peut même se voir obligé d'employer de forts ciseaux, des tenailles incisives, etc., etc., pour l'enlever.

Toutes ces considérations m'ont fait préférer comme moyen solidifiable, l'amidon dont l'emploi n'est point affecté de la plupart des désagrémens que je viens de signaler. En effet, il se trouve sous la main de tout le monde, à la campagne et dans les plus petits hameaux comme dans les villes ; il est d'un usage extrêmement commode, puisqu'il ne s'agit que d'en dissoudre une certaine quantité dans de l'eau, et de chauffer le mélange jusqu'à consistance d'un mucilage épais, qui s'étend dès-lors avec une étonnante facilité sur toutes les pièces de l'appareil. Son emploi est en outre peu dispendieux, et sous ce rapport il est incomparable lorsqu'il faut maintenir un membre dans l'immobilité chez un indigent, et surtout dans les établissemens publics, où il faut allier une sage économie avec l'administration des secours nécessaires à l'humanité souffrante. Le bandage fait avec l'amidon acquiert une solidité considérable et une ténacité qui lui permet de résister efficacement aux chocs extérieurs. Lorsqu'il s'agit de l'ôter on le ramollit préalablement avec de l'eau tiède, et l'on peut alors enlever facilement, pièce par pièce, toutes ses parties constituantes, sans les déchirer, ni les couper en aucune manière. En lavant ensuite les linges qui ont servi à sa confection, l'amidon qui les imprégnait disparaît, et ils sont ainsi rendus à tous leurs usages ordinaires.

Le carton mouillé, déjà indiqué par Assalini, me semble avoir dans l'application du bandage inamovible, l'immense avantage de comprimer sur de plus larges surfaces que les fanons ordinaires, de pouvoir se découper suivant les variétés de forme de la partie sur laquelle on l'applique, et de s'adapter facilement à tous les contours du membre. Mais pour qu'il puisse jouir de ces avantages, il faut qu'il ne soit pas trop mince, car alors son action serait faible, ni trop épais et trop compacte, parce qu'alors il n'est plus assez flexible, et ne s'imbibe plus assez bien pour servir convenablement aux usages pour lesquels il est destiné.

L'on a reproché à l'appareil inamovible beaucoup d'inconvéniens. L'on a été même jusqu'à contester son action contentive, et l'on a raisonné de cette manière :

« Lorsqu'une fracture vient d'avoir lieu, a-t-on dit, » le déplacement des fragmens a déterminé plus ou » moins d'épanchement sanguin, et bientôt de nouveaux » sucs y affluent de toutes parts. Le bandage surprend » donc les parties dans un état de turgescence. Mais » comme dans les cas les plus ordinaires, cette turges- » cence ne tarde pas à se dissiper quelques jours après, » surtout si la fracture a été bien réduite, il en résulte, » entre le membre et l'appareil, un vide, dans lequel » les contractions musculaires peuvent s'opérer, et qui » semble favoriser le déplacement des fragmens. » Mais, d'un côté, si l'on craint réellement ces changemens de rapports, l'on sera toujours libre d'attendre l'affaissement des parties pour appliquer le moyen contentif; j'ai indiqué d'autre part la manière de combattre après la dessiccation le vide dont il s'agit. Et quand bien même cela serait impossible, je soutiens qu'aucun déplacement ne pourrait encore avoir lieu, et je le prouve :

Si la fracture a lieu à la cuisse, par exemple, le pied, la jambe, la cuisse et le bassin sont maintenus simultanément par l'appareil. Or, si l'on a bien compris sa manière d'agir, il paraîtra clair pour tout le monde que les fragmens, quelque puissance qui les sollicite, ne pourront se mouvoir l'un sur l'autre. En effet, dans quel sens prétendrait-on que le déplacement s'opérât? Serait-ce dans le sens de la longueur du membre, par le chevauchement des parties fracturées? Mais qui ne conçoit qu'alors la paroi antérieure du bandage, représentant une attelle inflexible qui passe en même temps au-devant du membre, autour du bassin et sur le coude-pied, empêcherait celui-ci de s'élever en prenant pour lui résister son point d'appui sur le pelvis? Serait-ce dans le sens de l'épaisseur? Mais alors deux faces diamétralement opposées, non moins rigides que les précédentes, devraient se ployer sur elles-mêmes ; car sans cette condition, les parties continues situées en dessus et en dessous de la fracture, ne pourraient se mouvoir pour opérer le changement des rapports. Serait-ce enfin dans le sens de la circonférence, de la rotation? Mais cela serait encore plus impossible que dans le cas précédent, puisqu'il faudrait ici une torsion au lieu d'une simple flexion. Il faut d'ailleurs bien se figurer que le bandage inamovible, agit non-seulement comme moyen contentif, mais encore comme moyen extensif et contre extensif permanent. La partie qui embrasse le pied, maintient celui-ci à une distance du pelvis toujours la même, à partir du moment où la dessiccation complète de l'amidon a eu lieu, en prenant par la continuité de l'appareil un point d'appui solide sur le bassin : et il est ainsi facile de comprendre comment les fragmens, attirés sans cesse en sens inverse, le supérieur en haut, l'inférieur en bas, doivent tendre à se maintenir en place, à résister aux chocs extérieurs, et à revenir aussitôt dans leur position primitive, si, ce qui ne me paraît guère possible, une cause violente venait à la leur faire perdre momentanément.

Un autre désavantage que l'on a attribué au bandage inamovible, c'est d'agir d'une manière aveugle et incertaine. L'on s'est figuré qu'une fois appliqué, il fallait le laisser jusqu'à la consolidation, sans pouvoir avant ce temps explorer l'état des parties, voir si des escarres, des abcès, des collections ne s'y formaient pas, etc. Mais, quant à moi, je pense que si avec les appareils ordinaires on peut si souvent explorer le membre, ce n'est jamais qu'aux dépens de la solidité et de l'immobilité. Et, d'ailleurs, s'il se manifestait des désordres, ce dont on serait bientôt averti par la douleur et les symptômes généraux, rien ne serait si facile que d'ôter

le bandage, s'il est fait avec l'amidon. En général on s'est fait une fausse idée de l'appareil, à cause de son épithète d'*inamovible*. Il n'est, selon moi, pas plus inamovible qu'aucun autre, et je crois qu'on donnerait plutôt une juste idée de ses propriétés, en le nommant *Appareil immobile permanent*. En effet, il reste fixe et immobile tant que l'on veut maintenir le membre dans le plus parfait repos. Lorsqu'il est bien appliqué, il conservera tous ses rapports avec les parties voisines, restât-il même appliqué pendant un an. Mais aussitôt que les indications obligent le chirurgien de déroger à sa première idée, il se *démolit* avec autant de facilité qu'aucun autre, et rien n'empêcherait même de l'ôter trois, quatre, cinq fois et même plus pendant le traitement d'une fracture, si les circonstances semblaient ainsi devoir l'exiger. On peut également l'enlever avec une extrême facilité, en divisant au moyen de forts ciseaux ou d'un bistouri, conduit sur une sonde cannelée la paroi antérieure du bandage, qui offre ainsi l'avantage de s'asurer de l'état du membre et de pouvoir être remplacé sans nul dérangement de la partie fracturée. On rapproche ensuite les bords de la division que l'on maintient réunis au moyen d'une bande roulée, après avoir imprégné d'amidon les bords de la division. Si le bandage était devenu trop large, on amincit ces bords avant leur rapprochement, afin de les faire passer l'un sur l'autre.

L'on a prétendu aussi que le bandage inamovible était susceptible de déterminer des étranglemens. « Vous incisez, a-t-on dit, un doigt affecté de panaris, » de peur que les parties fibreuses qui entrent dans sa » composition ne s'opposent au gonflement produit inévitablement par l'inflammation; vous ouvrez bien » vite un abcès situé sous une aponévrose, de peur que » le pus ne pouvant surmonter leur résistance, ne » donne lieu à des ravages profonds et considérables ; » et dans les fractures où vous avez tous les élémens » de l'inflammation, vous ne balancez pas à ajouter » pour ainsi dire aux élémens fibreux qui entourent le » membre une nouvelle aponévrose constituée par votre bandage, qui ne peut agir qu'en comprimant. » N'est-il pas évident que vous agissez imprudemment » et que vous pouvez de cette manière, causer la gangrène ? » Non, messieurs, le bandage inamovible ne détermine pas plus la gangrène que tout autre moyen. Il existe deux sortes de compressions : l'une qui tend à s'opposer au retour du sang veineux, c'est celle, par exemple, que l'on établit circulairement autour du bras quand on veut pratiquer une saignée; l'autre qui s'oppose à l'afflux du sang artériel tout en favorisant le retour du sang veineux, c'est celle de tout agent qui comprime un membre sur tous ses points en commençant à agir méthodiquement sur les parties les plus éloignées du centre circulaire. La première détermine la gangrène quand elle est longtemps continuée; la seconde ne fait que s'opposer à l'inflammation. Or, la première est repoussée par les partisans de l'inamovibilité comme par les autres praticiens, et la seconde est la seule dont vous puissiez doter le bandage permanent, si vous concevez bien sa manière d'agir : donc votre argument tombe de lui-même.

L'on a allégué encore que dans le cas de travail vicieux de consolidation, l'on ne pouvait redresser graduellement le cal, si l'on employait le bandage inamovible. Il est facile de voir que cette allégation est plus spécieuse que solide : car, ou la réduction est bien faite, ou elle ne l'est pas. Si elle l'est, il a été facile de la constater, et alors si l'appareil permanent a été convenablement appliqué, l'on peut être sûr d'une consolidation louable. Si elle ne l'est pas, il est évident que l'inamovible maintiendra les parties dans la position où elles se trouvent; mais alors la faute de la difformité qui en résultera, devra être attribuée non pas à l'appareil, mais au praticien qui n'aura pas eu le discernement de l'appliquer en temps opportun et lorsque les parties étaient convenablement disposées. Il faut avouer cependant que quelquefois malgré les plus grandes précautions de la part du chirurgien, la réduction ne peut être parfaite, et que par conséquent, la consolidation est alors nécessairement mauvaise, sans qu'on puisse l'accuser d'impéritie. C'est un inconvénient qui est attaché à l'existence de certaines fractures ; mais le bandage ordinaire n'y peut pas plus remédier alors que l'inamovible. D'ailleurs, en supposant même que des manœuvres pussent parvenir à corriger la difformité, cet appareil pourrait facilement s'ôter, comme je l'ai déjà dit, après un certain temps, pour faire place aux moyens de correction graduée que l'on jugerait convenable d'employer.

Enfin, les adversaires du bandage permanent lui ont reproché d'être sujet à produire des excoriations, des escarres, etc., parce qu'étant composé de substances très-dures, lorsqu'il est sec, les parties molles, en frottant contre ses parois, ne pouvaient les déprimer, et s'entamaient plutôt que de les faire céder en aucune manière. Mais, d'une part, j'ai prouvé que les parties devaient nécessairement rester immobiles dans le bandage, et de l'autre j'ai dit aussi, qu'il comprimait aussi bien les enfoncemens que les éminences en se moulant sur toutes les inégalités, d'où il suit qu'il ne doit produire, pas plus souvent que les autres, les accidens dont on parle. Cette assertion paraîtra d'autant plus juste que la première couche d'amidon n'est point appliquée sur la peau, mais sur la première couche de bandelettes.

Et quand bien même il n'en serait pas ainsi, l'on pourrait éviter l'inconvénient en interposant entre la face interne du bandage et la surface du membre, un corps moelleux, qui, sans empêcher la compression des parties nécessaires à la coaptation, remédierait cependant au contact un peu rude dont on se plaint.

En résumant maintenant ce que nous venons de dire sur l'appareil inamovible, nous voyons qu'il résulte de notre dissertation qu'il existe des cas où il est incomparable, et ne peut être remplacé par aucun autre moyen chirurgical; que la manière dont il agit présente des avantages immenses dans la pratique et spécialement dans le traitement des fractures simples ; que son usage

ne doit point seulement se borner là, mais qu'il peut être utilement étendu à la cure des fractures compliquées avec suppuration, des caries, des nécroses, des plaies des os par armes à feu, des luxations, des tumeurs blanches, des résections osseuses, de certaines plaies tendant à une cicatrisation vicieuse, des déviations et des difformités ; qu'ainsi il est susceptible d'une foule d'applications qui n'avaient point, que je sache, été signalées jusqu'à ce jour; que l'amidon et le carton sont les ingrédiens les plus commodes et les plus favorables pour sa confection ; que son application dans les fractures de la cuisse, de la jambe, du bras, de l'avant-bras, de la clavicule et du col de l'humérus, et dans les autres cas que les fractures, repose toujours sur les mêmes principes, sauf quelques modifications légères, et qu'elle est facile et nullement compliquée ; enfin que les différens inconvéniens qu'on lui a attribués sont chimériques ou peuvent être facilement évités.

Il n'en faut pas plus je pense pour faire comprendre aux praticiens que ce bandage mérite de fixer sérieusement leur attention et de devenir l'objet de leurs méditations. S'il en était qui, entraînés par un froid scepticisme, se sentissent disposés à regarder mes allégations comme l'effet de ma prédilection pour l'appareil inamovible, je leur dirais : « expérimentez, mais expérimentez avec impartialité et sans idée préconçue : ne me croyez pas sur parole, mais ne prononcez qu'après avoir vu; interrogez les faits et ils vous montreront la vérité.» Pour moi, j'ai cru qu'il était de mon devoir de divulguer tout ce que je puis croire propre à soulager les maux de l'humanité, et partant de ces considérations que je devais dire toute mon opinion sur le bandage inamovible, sans ménagement et sans arrière-pensée : je m'y suis cru d'autant plus obligé que tous les jours de nouveaux faits viennent raffermir ma conviction sur l'efficacité de cet appareil appliqué avec discernement. Plus on l'examine plus on y découvre de perfections et d'avantages. Il est simple dans son exécution, sûr dans ses résultats, commode pour le malade, et peu dispendieux pour les malades et pour l'administration des hospices. Fier de ses avantages et certain de ses succès, il marche avec fermeté dans le domaine de la science dont il étend les limites, résiste par son cachet d'utilité évidente aux attaques de ses adversaires, et se fraie, à travers les temps présens, une route vers une époque plus reculée où ses qualités brilleront dans tout leur éclat et où la chirurgie qui aura su l'apprécier, le placera avec orgueil dans le cadre de ses meilleurs moyens contentifs.

Il me semble déjà entendre dire : « Votre bandage n'est pas nouveau, il est connu depuis longtemps et c'est M. Larrey qui l'a importé en France et qui en fait continuellement usage! Je répondrai à cela que j'ai rendu justice à mon ancien et respectable chef, mais que si la méthode que je propose aujourd'hui a quelque analogie avec la sienne, il n'est pas à dire pour cela que mon appareil pour les fractures n'est nullement composé comme celui qu'il indique, il en diffère au contraire par sa construction ; sa facilité de le changer à volonté sans la moindre difficulté; il est beaucoup moins dispendieux, plus léger, aussi solide et enfin aussitôt sa dessiccation il permet au blessé d'exécuter avec une grande facilité, tous les mouvemens nécessaires à la marche, aux mouvemens, etc.

Je n'ai jamais eu la prétention de me croire l'inventeur de cette méthode. Cette ridicule pensée ne m'est jamais venue à l'esprit ; aussi, dans un mémoire que j'ai publié en 1835, ai-je eu soin de le dire ; je le répète ici, afin d'ôter cet argument aux adversaires de cette méthode, qui la rejettent, non parce qu'elle est mauvaise, mais bien parce qu'elle est une modification heureuse que j'ai apportée aux méthodes anciennes. Je dirai volontiers avec Lisfranc :

« Parce que je l'ai indiquée comme bonne, comme avantageuse dans la plupart des cas, elle sera un nouveau titre de proscription. Les *pairs* s'agiteront ajoute-t-il, parce que je me serai permis de penser et d'expérimenter sans leur permission, et les *perruches* et tous ceux qui ne jurent que par le *verba magistri*, s'indigneront, parce qu'il faudra en faire l'essai et apprendre à en faire l'application. Toutefois notre ligne de conduite est tracée ; nous étions bien jeune et bien faible lorsque nous commençâmes à la suivre invariablement dans les intérêts sacrés de l'humanité. Cet acte de conscience nous a attiré des persécutions dont nous avons méprisé l'infamie ; maintenant que nous sommes devenus plus vigoureux et indépendant, que nous sommes réunis à des hommes généreux et amis des progrès, nos efforts continueront avec une nouvelle énergie. Il est temps que les chirurgiens cessent de faire de la *menuiserie ;* voilà des idées bien simples, mais soyez en bien sûr, elles vont irriter. »

C'est dans l'ombre qu'ils vont critiquer cet appareil, et si, contre mon attente, ils en faisaient une critique sévère et juste, je me ferais un plaisir de soutenir la lutte, persuadé que la pratique en retirerait de grands avantages.

J'ai déjà consigné dans l'*Encyclographie des Sciences Médicales* (Bulletin médical Belge, année 1835, p. 84 et suivantes) la manière dont j'ai coutume d'appliquer l'appareil inamovible et la relation de plusieurs faits qui prouvent en faveur de la méthode que j'emploie; mais comme depuis ce temps j'ai apporté quelques modifications au procédé que je suivais alors, il ne sera peut-être pas inutile de revenir ici sur cet article, afin de me mettre à l'abri de tout reproche. Plus de 60 faits pratiques sont venus depuis corroborer mon opinion. La plupart ont eu pour témoins un grand nombre d'élèves et des praticiens les plus distingués de cette ville et des environs.

Application de l'appareil pour une fracture de cuisse.

Le lit étant convenablement disposé, on y place successivement des liens, un drap fanon, puis le bandage qui se compose de trois ou quatre couches superposées de bandelettes séparées assez longues pour faire une fois et demie le tour du membre. Leur longueur excessive gêne

considérablement l'application du bandage, et leur défaut de longueur le rend inefficace. Il faut donc choisir un milieu entre ces deux extrêmes. On commence par entourer le pied d'une bande déroulée en étrier à partir de la racine des orteils; ceux-ci restent libres et servent en quelque sorte de boussole au chirurgien pour reconnaître l'état de la jambe; cependant si le blessé est dans le cas de se lever, il est convenable d'entourer les orteils au moyen de bandelettes étroites. La première série de bandelettes est alors appliquée comme on le fait ordinairement de bas en haut, en ayant la précaution de ne les enduire de la solution amylacée que quand cette application est faite ; à l'aide de cette précaution l'amidon ne peut agir qu'en collant la seconde couche de bandelettes à la première, et n'a nullement pour effet de déterminer un contact rude sur la peau après la solidification. Les bandelettes de la seconde série sont placées de la même manière et un aide les enduit de la solution avec un large pinceau à mesure qu'elles sont étendues. On découpe ensuite convenablement les deux attelles de carton, on les fait plus larges au niveau de la fesse, de la cuisse et du mollet, et on applique à leur extrémité podalique deux montans assez larges pour passer derrière le pied et se rejoindre vers la ligne médiane en formant semelle par leur jonction, et assez longs seulement pour se porter jusqu'au-dessous des éminences latérales de la tête du premier et du cinquième métatarsien. J'ai apporté cette modification à mon procédé primitif parce que j'ai expérimenté qu'ainsi le pied était mieux maintenu sur la jambe que par une semelle séparée. Cependant il est également facile de le confectionner avec des cartons placés sur les parties latérales du membre et auxquels on ajouterait une semelle le long de la plante du pied dès qu'on a soin de replier sur celle-ci l'extrémité de chaque attelle de carton. Les cartons ne doivent en aucun cas comprimer le bord du tibia, et ils doivent être d'une largeur convenable pour laisser en arrière et en avant du membre un espace d'un travers de doigt entre leurs bords correspondans. Ces dispositions étant prises (il faut remarquer que tout ceci doit être préparé d'avance), on fait avec des ciseaux des entailles sur les bords des cartons afin qu'ils s'adaptent mieux aux parties avec lesquelles ils seront en contact. J'ai remarqué depuis peu, qu'il était préférable de casser le carton en y faisant un pli et en le déchirant après, au lieu de le couper avec des ciseaux; de cette manière les bords sont moins durs et moins susceptibles d'offenser la peau par la compression lors de la dessiccation du bandage; puis on les trempe dans l'eau et on les enduit d'amidon, on les met en place et on en garnit de nouveau les deux faces d'une épaisse couche amylacée, afin qu'en se desséchant elle fasse avec le carton, une substance aussi dure qu'une attelle ordinaire. La troisième rangée de bandelettes est alors appliquée. On lève ensuite légèrement le membre pour placer entre le calcanéum et le mollet un coussin conique bourré d'étoupes qui a pour effet de former de la face postérieure du bandage une surface entièrement horizontale et d'empêcher ainsi la compression du talon et du mollet pendant le décubitus du malade. Cette talonière est entourée de substance amylacée qui devra ensuite concourir à l'assujettir convenablement, et on la recouvre des bandelettes inférieures de la 4e rangée que l'on épinse autour du membre. Ce coussin peut être placé dès le principe entre la 2e et 3e rangée de bandelettes ; on évite de cette manière le déplacement du membre. Une précaution essentielle à prendre c'est d'éviter que le tendon d'Achille ne soit trop comprimé par les bandelettes. Afin d'éviter cet inconvénient il est bon de le garnir au préalable d'une compresse pliée en plusieurs doubles. On pourrait également éviter cet accident en recouvrant cette partie de plusieurs pièces superposées d'emplâtre agglutinatif ou simplement du sparadrap double. Ce moyen est surtout avantageux chez les personnes qui ne sont point disposées à contracter l'érysipèle à la moindre application de corps gras.

La partie du carton qui correspond à la jambe et à la cuisse est ainsi recouverte et il n'en reste plus à nu que les montans qui vont se rencontrer derrière le pied : on les y maintient avec une bande roulée. Cependant, comme il faut que la dessiccation soit complète avant que l'on puisse être tranquille sur la solidité, et qu'en attendant des déplacemens peuvent avoir lieu, on roule dans le drap fanon et on applique provisoirement par son intermédiaire, sur les parties latérales du bandage, deux fanons composés chacun de plusieurs cylindres de paille réunis au moyen d'une ficelle, qui ont ainsi l'avantage de maintenir les parties en position sans déterminer d'enfoncement notable sur la surface des parties correspondantes aux cartons. Le tout est assujetti par des liens comme dans l'appareil de Scultèt, et alors seulement les aides qui jusqu'alors ont exercé l'extension et la contre extension, peuvent abandonner le membre à lui-même.

Cependant, si la fracture était oblique et que les extrémités osseuses offrissent des difficultés pour être maintenues en rapport, il conviendrait alors d'appliquer à l'extrémité du membre une *anse* faite au moyen d'une bande double collée sur les parties latérales du pied et de la jambe, afin d'y appliquer un sachet contenant plus ou moins de sable et qui dépasserait le lit afin de tirer en bas le membre fracturé, en ayant soin toutefois de placer le blessé assez horizontalement, de manière que le poids du tronc et principalement des épaules exécutent la contre extension ; il est même des cas où l'on pourrait se servir avec avantage d'un drap de lit plié sur sa longueur de manière à en appliquer le centre sur le périné et d'en nouer les extrémités à la tête du lit jusqu'à dessiccation parfaite de l'appareil. Le lendemain de cette dessiccation on peut sans crainte ôter le drap fanon et les fanons en paille et les remplacer par une bande roulée depuis le pied jusqu'à la hanche. On peut même, si la fracture a lieu à la partie supérieure du fémur, faire un spica de l'aîne, afin de maintenir le carton extérieur qui doit monter jusqu'à la crête de l'os des îles. Un bandage de corps peut aussi remplacer le spica.

On peut placer à côté de la cuisse que l'on vient d'entourer ainsi du bandage permanent, un calefacteur quelconque pour hâter sa solidification. Ceci serait non-seulement un objet de goût et de fantaisie, mais deviendrait une indication positive si l'on pouvait soupçonner qu'il s'est formé un vide entre la face externe du membre et le bandage ; car alors, en mouillant l'endroit correspondant à l'espace situé entre les bords des cartons on conçoit qu'une compression circulaire agira sur ces espèces d'attelles qui tendront à se rapprocher de l'axe du membre. Deux ou trois jours après, on pourra ordinairement permettre au malade de marcher avec des béquilles en ayant soin de soutenir le membre par le moyen d'une bande, avec laquelle on fera un nœud coulant qui embrassera le pied et dont les chefs seront fixés à la nuque. Le bandage devra rester en place jusqu'à parfaite consolidation, sauf les cas où des accidens surviendraient pendant la durée du traitement.

Application pour une fracture de jambe.

Il est facile de se figurer, d'après ce que je viens de dire, la manière dont on devra se conduire. En faisant abstraction de la partie supérieure du bandage pour la cuisse, on a celui pour la jambe. Il est toutefois ici une remarque à faire. Il faut toujours pour que l'inamovible et tous les bandages contentifs en général puissent être utiles, qu'ils soient appliqués sur une étendue des fragmens suffisante pour que ceux-ci ne puissent point basculer. Ainsi, il pourrait arriver que la fracture ayant eu lieu tout à fait à la partie supérieure de la jambe près de l'articulation, le bandage fut insuffisant pour maintenir le fragment supérieur ; si l'on se bornait à l'appliquer seulement jusqu'en dessous du genou, il sera alors nécessaire de le faire monter jusque vers la partie inférieure de la cuisse en couvrant l'articulation et en maintenant la jambe dans une légère flexion ou dans l'extension, suivant les différens déplacemens des fragmens. Une seconde remarque à faire c'est que la jambe, étant plus facile à changer de place et à soutenir que le membre pelvien tout entier, on court moins le risque de changer le rapport des parties fracturées par le transport d'un endroit à un autre ; on pourra donc, pendant l'hiver, mettre le blessé dans un fauteuil près du poêle et au soleil pendant l'été ; poser la jambe entourée du bandage sur un coussin et de manière à ce qu'elle reçoive une quantité suffisante de calorique pour que la solidification soit achevée en une douzaine d'heures. Il est bien entendu toutefois que ce moyen ne doit être employé quand il y a disposition évidente à l'inflammation dans le membre fracturé.

Application pour la fracture du bras.

Un gantelet composé de cinq bandelettes étroites et assez longues pour couvrir un doigt, sera d'abord appliqué. On entourera ensuite la main, le poignet et l'avant-bras de circulaires que l'on portera ensuite sur le bras pendant que des efforts combinés d'extension et de contre-extension s'opèrent. Cette première couche ne sera encore ici enduite d'amidon qu'après son entière application. L'avant-bras étant maintenu dans la demi flexion et entre la supination et la pronation, on découpera deux attelles en carton, dont l'une sera interne et l'autre externe et qui, étant destinées à être appliquées sur toute la longueur du membre, seront coudées à angle vers la portion qui devra correspondre au coude afin de s'accommoder à la flexion de l'avant-bras. Leur largeur sera telle, qu'elles puissent, lorsqu'elles seront en place, laisser entre elles, en avant et en arrière, un espace d'un travers de doigt pour pouvoir être rapprochées par la suite. On les appliquera en suivant les principes énoncés plus haut ; on les fixera au moyen d'une nouvelle bande que l'on pourra, si l'on veut, épuiser par un 8 de chiffre passant sous l'aisselle opposée, et venant faire des croisés sur l'épaule du côté malade. S'il est nécessaire de faire exécuter des mouvemens de flexion et d'extension au coude, on doit recourir au même moyen que j'ai indiqué plus haut pour le genou dans la fracture de la cuisse. C'est-à-dire qu'il faudra ou faire les attelles de carton en deux parties séparées vers le plis du coude, ou mouiller avec de l'eau cet endroit, déchirer ensuite une partie du carton de manière à permettre des mouvemens à l'articulation ; en réappliquant ensuite sur les pièces de linge qui entourent le coude, une légère couche d'amidon, on parvient à rendre à cette partie la solidité nécessaire au maintien du bandage.

Application pour la fracture de l'avant-bras.

Même conduite, sauf qu'ici une attelle est antérieure et une autre postérieure ; en outre quand la fracture a lieu bien près de l'articulation radio-carpienne, il peut être nécessaire de découper l'attelle antérieure en forme de main pour lui permettre de s'adapter convenablement à la paume de la main et aux doigts, et de maintenir ainsi la main immobile sur l'avant-bras. Il est également urgent de faire exécuter au poignet, des mouvemens de flexion et d'extension, par les mêmes moyens indiqués ci-dessus et par les mêmes procédés.

Application pour la fracture de la clavicule et du col de l'humérus.

Ici on pourra appliquer les bandages décrits dans les auteurs, en enduisant les bandes d'amidon à mesure qu'elles se déroulent. On a de cette manière une espèce de cuirasse qui ne présente pas les inconvéniens qu'ont tous les bandages renouvelés, de céder au poids et aux mouvemens de l'avant-bras et de se déranger.

Application dans les cas autres que les fractures.

Il est facile de se figurer les changemens que ces cas pourraient exiger dans la confection du bandage. S'il

arrivait que les cartons dussent passer sur des ouvertures qui ne peuvent être bouchées, il faudrait d'abord faire à ces cartons un nombre de trous en rapport avec celui de ces ouvertures ; appliquer ensuite ces cartons, puis les bandes, ensuite faire à celles-ci des incisions correspondantes aux trous des cartons, de la manière d'ailleurs que j'ai déjà indiquée plus haut. Il faut bien se garder de faire de grandes ouvertures aux cartons ou aux bandes dans ces cas-ci, car il en résulterait des inconvéniens que j'ai été à même de remarquer, c'est-à-dire que les ouvertures un peu grandes permettent aux bourgeons charnus de se développer d'une manière si extraordinaire, qu'il peut en résulter des accidens. Dès que les ouvertures donnent issue à la matière, elles sont suffisantes. Enfin le chirurgien doit, par son génie, prévoir les accidens qu'une compression intempestive pourrait amener, ou de comprimer fortement des éminences formées par les condyles.

Observation de quatre ptérygions musculaires existant en même temps sur un même œil. — Excision pratiquée avec succès; par Florent Cunier, médecin militaire, etc.

Le *ptérygion* (*ongle, onglet, panniculus*), consiste en une excroissance ou dégénérescence particulière de la conjonctive qui forme un repli épais, aplati et pyramidal, dont le sommet est dirigé vers le centre de la cornée tandis que la base est fixée dans la conjonctive scléroticale, et le plus fréquemment à l'angle interne de l'œil, quelquefois à l'angle externe et rarement à la partie inférieure ou supérieure.

On observe assez fréquemment deux ptérygions sur le même œil, l'un provenant de l'angle interne, l'autre de l'angle externe. Il arrive aussi que quatre ptérygions existent à la fois : ils convergent tous vers la cornée qu'ils envahissent et le malade finit par perdre la vue. C'est là, selon Scarpa, la maladie à laquelle les anciens donnaient le nom de *pannus*.

On distingue trois variétés du ptérygion ; le *membraneux*, le *musculaire*, et l'*adipeux* (1).

Le ptérygion n'est pas toujours adhérent en toutes ses parties à la conjonctive et à la cornée ; il y est quelquefois fixé par ses extrémités seulement. Lorsque deux ou quatre ptérygions existent en même temps, il peut arriver que réunis par leurs sommets, ils ne soient fixés au globe de l'œil que par leurs bases.

C'est ce qu'on remarquait dans l'observation suivante, que j'ai recueillie, de quatre *ptérygions musculaires* existant en même temps sur un même œil.

Le fusilier Evrard, Henri, âgé de 27 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait été libéré du service pour « *perte partielle de la vue, occasionnée par un* « *staphylôme de la cornée transparente de l'œil gau-* « *che, survenu à la suite d'une ophthalmie purulente.* » (Termes employés dans le congé qui lui a été délivré.)

Rentré dans ses foyers, Évrard reprit sa profession de maçon, et deux années plus tard, il contracta une violente ophthalmie de l'œil droit qui n'avait jamais été affecté jusqu'alors. Il réclama les soins du *maréchal-ferrant* de son village, industriel actif, *guérisseur* et *saigneur* de chevaux, de vaches, d'hommes et de femmes. Cet Esculape pratiqua d'abord deux saignées à son malade et lui administra ensuite un collyre composé d'*eau ferrugineuse* prise dans le bac de son atelier et filtrée, de *vinaigre* et de *sucre candi*.

L'affection avait cédé à l'emploi de ces moyens et Évrard avait repris ses travaux depuis six semaines, lorsque par un matin il s'aperçut que la conjonctive de la sclérotique de l'œil droit était recouverte d'une ecchymose très-prononcée ; comme il s'était énivré la veille, il crut que cela provenait de quelque contusion qu'il avait pu se faire en se heurtant la tête contre un arbre qui lui avait servi de point d'appui pendant les efforts du vomissement qui lui était survenu (1). Cette ecchymose ne disparaissant point, il alla consulter, un mois après, le maréchal-ferrant dont les saignées et le collyre restèrent cette fois impuissans.

---

(1) Scarpa croit que les anciens donnaient le nom de *pannus* à la réunion de quatre ptérygions ; d'après *Dionis*, le ptérygion musculaire seul porte ce nom « qu'il a reçu des Latins à cause qu'il paraît comme un morceau de linge. Il est plus malin que les autres, étant entrelassé de vaisseaux gros et rouges qui y causent inflammation et ulcère, ce qui le rend plus difficile à guérir. » (Voyez son *Cours d'opérations de chir. démontrées au jardin royal*. Paris, 1777).

«Les Grecs, Celse et les Arabes font de trois espèces d'*onglée*. La première est appelée *membraneuse* qui prend son commencement du grand coin et peu s'advance et s'étend en dehors. La seconde *ressemble à de la graisse congelée*, et pour ce celle s'appelle *adipeuse*, qui se rompt quand on la touche pour l'arracher, presnant son principe du même coin que le précédent. La troisième s'appelle des Latins *Panniculus* et des Arabes *Sebel*, qui est plus fascheux et malin à guérir qu'aucun des autres, d'autant qu'il est entrelassé de veines et artères grosses et rouges, semblables à un linge délié, auquel survient souvent inflammation, rougeur et prurit. Toutes n'adhèrent pas en toutes leurs parties à l'œil, tenant seulement par leurs extrémitez ; de façon qu'entre l'onglée et l'œil on peut passer une petite sonde.

La réplétion de sang séreux en la teste, meslé avec pituyte salée, et la disposition de l'œil pour sa débilité sont causes de ce mal : elles s'engendrent plustôt en un corps froidureux, tel comme sont les vieilles gens et en un lieu ou habitation froide ; aussi advient comme nous avons déjà escrit après une ophthalmie mal traitée et induement refroidie ou à la chassie de l'œil invétérée. »

De l'œil et de ses maladies. Cours de méd. théor. et prat. en français, par *Louis Guyon Dolois, sieur de la Nauche* et *Lazarre Meyssonnier*. Lyon, 1678, in-4°.

(1) Lieutaud, *Précis de médecine pratique*, volume II, page 188, dit que l'on observe souvent ces ecchymoses après les efforts du vomissement.

Dès qu'Evrard eut pour ainsi dire cessé d'y voir du seul œil qui lui restait, il réclama les secours d'un médecin qui reconnut l'existence de quatre ptérygions et prescrivit l'usage de collyres résolutifs. L'affection résista à cette médication et le malade avait été soumis successivement au traitement de cinq ou six médecins lorsque dix mois après la naissance de la production morbide, il me fut adressé par un ancien camarade d'études, M. Hayet.

Évrard portait à l'œil gauche un staphylôme sphérique total de la cornée transparente ; la cornée avait conservé une certaine translucidité qui lui a toujours permis de distinguer le jour de la nuit; et depuis qu'il avait perdu l'usage de l'œil droit, il pouvait à l'aide de l'œil gauche, distinguer la forme et la couleur des objets. Ce staphylôme était facilement recouvert par la paupière.

Sur l'*œil droit*, quatre ptérygions dont les sommets, réunis au centre même de la cornée, adhèrent entre eux. Leurs bases étaient fixées dans la conjonctive sclérotícale, à trois lignes environ de la circonférence de la cornée, de telle façon que l'ensemble de ces quatre tumeurs, toutes de grandeur égale, affectait la forme d'une *Croix de Malte*.

Leur tissu ressemblait à celui d'un muscle ; ils étaient parsemés de vaisseaux variqueux.

L'espace qui les séparait était rempli par des prolongemens analogues à des attaches tendineuses, partant des côtés de chaque ptérygion et se réunissant deux à deux à égale distance de leurs points de naissance (1). Ces deux prolongemens réunis, occupant l'espace qui séparait les ptérygions les uns des autres, avaient la même forme et étaient de grandeur égale à celle de ces tumeurs, de sorte que la base de celles-ci jointe à la base des prolongemens tendineux, représentait une circonférence divisée en huit arcs égaux. Il est à remarquer qu'aucun prolongement ne naissait de la base ou du sommet des tumeurs, pour s'épanouir soit sur ces dernières, soit sur la conjonctive.

La *conjonctive palpébrale* était saine; mais la partie de la *conjonctive sclérotícale* que ne recouvraient point les ptérygions ou leurs prolongemens, était parsemée d'une multitude de vaisseaux variqueux.

En saisissant avec une pince les diverses parties des tumeurs on reconnaissait facilement qu'elles n'adhéraient à la cornée ni par leur sommet ni par aucun point de leur étendue et qu'elles étaient fixées dans la conjonctive oculaire par leur base seulement.

L'ancienneté de la maladie ne laissait aucun autre moyen de rendre la vue au malade que de pratiquer l'excision des ptérygions. Le malade y consentit, mais en déclarant formellement qu'il n'entendait pas qu'on opérât son œil gauche ainsi que plusieurs médecins le lui avaient conseillé.

Divers modes opératoires ont été mis en usage pour l'extirpation du ptérygion.

Ruysch, Brisseau et Dionis conseillent de « passer » une aiguille courbe, mousse et enfilée d'un fil par » dessous le ptérygion, et, avec les deux bouts du fil, » l'élever et le tirer à soi, pour le séparer de ses adhé- » rences avec un petit bistouri, prenant garde de bles- » ser la cornée et laissant plutôt une petite partie du » ptérygion à la consomption de laquelle on travaillera » ensuite (1). »

D'après Delaroche et Petit-Radel (2), « il n'y a ja- » mais eu qu'une manière d'extirper l'ongle, le pannus » et ce réseau de vaisseaux variqueux qui couvrent » quelquefois les yeux, elle consiste à passer par des- » sous un fil ou un crin, ou à les accrocher avec une » érigne pour les soulever et à les détacher ensuite en » les coupant avec des ciseaux fins et pointus, le plus » près possible de leur origine. Le ptérygion que Maî- » tre-Jean a appelé *graisseux* ne peut absolument être » enlevé que par les ciseaux, à cause de sa grande mol- » lesse. »

Velpeau (3) donne une méthode opératoire à laquelle il serait souvent dangereux de recourir, lorsque le ptérygion est fort ancien à cause des altérations considérables de la cornée que l'on rencontre presque toujours alors.

M. Middlemore (4) a appelé tout récemment l'attention des praticiens sur cette production morbide. Son mode opératoire est le même que celui employé depuis nombre d'années par M. Van Onsenoort et après lui par le chirurgien-major Kerst, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de l'armée hollandaise. Cette méthode offre les plus grands avantages lorsqu'un seul ptérygion doit être excisé, ou bien lorsque plusieurs existent à la fois, et adhèrent à la conjonctive et à la cornée, sans cependant être réunis par des prolongemens, comme dans le cas qui nous occupe.

Stoeber (5) saisit avec des pinces la partie du ptéry-

---

(1) Adam Schmidt a observé des ptérygions qui *ressemblaient tellement à de petits muscles qu'ils offraient même des prolongemens analogues à des attaches tendineuses*. Mais ces prolongemens partaient toujours de la base ou du sommet de la tumeur. (Voyez *Ophthalmologische Bibliothek*. 2 Bd, 1 St, Seite 57.) — Mauchart, (*de ungue oculi*) a également observé ce prolongement naissant des extrémités supérieure ou inférieure du ptérygion. — *Schmidt's Jahrbucher*, Band VII, H. 6.

(1) Lorsque la pointe du ptérygion est très-rapprochée de la pupille, Boyer recommande de ne pas en prolonger la dissection jusque là, de n'en exciser que les quatre cinquièmes postérieurs.

(2) *Encyclopédie méthodique*. — Chirurgie par Delaroche, médecin de régiment des Gardes Suisses, etc., et Petit-Radel, docteur-régent de la Faculté de Paris. — Vol. I, page 329. — Paris 1790, in-4°.

(3) Nouveaux élémens de médecine opératoire

(4) *Provincial medical and surgical transactions* (vol. III). Voyez Encyclographie des sciences méd., tome IV, 2e série, avril 1836, *Medico-chirurgical Review*, by J. Johnson and J.-H. Johnson, page 154.

(5) *Manuel pratique d'Ophthalmologie*, par Victor Stoeber, agrégé à la faculté de médecine de Strasbourg, in-8°, 1834.

gion qui recouvre la sclérotique et qui est plus lâchement attachée au globe de l'œil que la partie qui se trouve sur la cornée; puis il incise avec le couteau à cataracte la base de la tumeur et détache ensuite celle-ci à l'aide de ciseaux courbes sur leur plat. De cette manière l'opération est plus facile et moins dangereuse que lorsqu'on la commence par le sommet de la tumeur.

Les ciseaux dont se sert le plus communément le médecin oculiste, sont *droits* ou *concaves*. M. *Percy* (1) a substitué aux uns et aux autres des ciseaux dont les lames sont coudées sur le plat et forment avec les branches un angle de 25 degrés (2). Les branches sont divergentes comme dans les ciseaux ordinaires, mais les anneaux sont cylindriques. Le principal avantage de ces ciseaux est d'empêcher que la main de l'opérateur ne vienne à son jour, inconvénient qu'ont souvent les ciseaux droits; ils coupent d'ailleurs mieux de la pointe que les ciseaux concaves.

L'opération que j'avais à pratiquer pour enlever les quatre ptérygions, était fort simple.

Voici le procédé que je mis en usage :

Le malade étant couché sur une table, un aide écartant autant que possible les paupières l'une de l'autre et fixant en même temps le globe de l'œil par une pression exercée de chaque côté, je saisis avec une pince à disséquer (3) le prolongement du ptérygion interne à la partie moyenne de sa réunion avec celui du ptérygion inférieur et l'incisai alors jusqu'à la base de cette dernière tumeur, à l'aide des ciseaux de Percy. Je saisis alors cette base avec les pinces et la détachai avec les ciseaux. Il en fut de même de l'arc formé par la réunion de son prolongement externe avec celui du ptérygion externe, dont la base fut détachée à son tour. Dès lors je relevai le lambeau pour m'assurer que les tumeurs ou leurs prolongemens n'adhéraient en aucun point à la cornée et que leur base *seule* était fixée dans la conjonctive de la sclérotique. Ce qui restait de la circonférence fut excisé de la même manière.

Afin de prévenir l'inflammation qui aurait pu se développer à la suite de cette inflammation, je respectai l'hémorrhagie toute abondante qu'elle était. J'employai ensuite des lotions d'eau de mauve froides, souvent répétées; je mis en usage les moyens indiqués pour empêcher les adhérences du globe de l'œil avec la paupière. Les deux yeux furent abrités avec une compresse, suivant le conseil d'Hévin (1), la cornée de l'œil gauche, ayant conservé une certaine translucidité, ainsi qu'il a été dit plus haut; le malade fut retenu dans une obscurité modérée.

La plaie qui résultait de l'excision suppura légèrement, puis se cicatrisa. Aucune partie n'avait échappé à l'instrument.

La cornée avait conservé toute sa transparence; les vaisseaux variqueux qui, avant l'opération rampaient à la surface de la conjonctive sclérotical non-recouverte par les tumeurs disparurent. et 35 jours après l'opération Évrard put supporter l'action de la lumière à l'usage complet de laquelle il avait été rendu graduellement.

Il a continué depuis lors à se livrer à sa profession de maçon, fort content d'y voir d'un œil, et sans trop se soucier du staphylôme sphérique de la cornée de son œil gauche, infirmité pour laquelle il a constamment déclaré qu'il ne voulait subir aucune opération, fut-elle possible, fut-il certain de récupérer la vue de cet œil.

La cicatrice résultant de l'excision de la base des tumeurs et de leurs prolongemens reste apparente et forme sur la conjonctive de la sclérotique une circonférence régulière d'un aspect jaunâtre et qui devient chaque jour moins apparente.

Il arrive souvent que quelque partie du ptérygion échappe à l'instrument, et la tumeur renaît alors si l'on

---

(1) L'Académie royale de chirurgie avait proposé en 1780 pour sujet d'un prix, la question suivante : « En quels cas les » ciseaux, dont la pratique vulgaire a tant abusé, peuvent-ils » être conservés dans l'exercice de l'art? Quelles en sont les » formes variées relatives à différens procédés opératoires? » Quelles sont les raisons de préférer ces instrumens à d'autres » qui peuvent également diviser la continuité des parties? Et » quelles sont les diverses méthodes d'en faire usage? » Cette question fut traitée par le célèbre Percy, et l'Académie couronna sa dissertation, dont Delaroche et Petit-Radel, (ouv. cité) donnent un excellent résumé.

(2) Plusieurs oculistes se servent de préférence des ciseaux de *Daviel;* ces ciseaux sont courbes sur le bord et sur le plat, doivent avoir des pointes mousses, bien polies, et servent surtout à agrandir l'incision de la cornée lorsque malheureusement elle a été faite trop petite. On doit toujours avoir *deux paires* de ces ciseaux dont les courbures se regardent, savoir : une pour le côté droit, l'autre pour le côté gauche. On les emploie dans d'autres opérations; Weller et autres en conseillent l'usage dans celle de ptérygion. Outre que l'on doit toujours en avoir deux paires, il est très-difficile de bien confectionner ces sortes de ciseaux, non-seulement parce que les deux branches de chaque paire doivent bien s'accorder exactement, mais parce qu'il faut en même temps qu'elles soient fort tranchantes, ce qu'on n'obtient pas aisément à cause de leur courbure.

(3) La pince à disséquer est préférable à la pince oculaire de *Blœmer*, avec laquelle on lâche difficilement une partie saisie. Cette dernière pince se distingue des autres par ses trois pointes en crochet, dont un se trouve à une branche, et les deux autres à la seconde branche, disposées de telle sorte qu'elles forment avec la tige un angle de 120 degrés. Quand on ferme la pince, la seule pointe existant d'un côté s'applique exactement entre les deux autres que supporte la branche opposée. Cet instrument peut être employé (*Græfe und von Walther's journal fur chirurgie und Augenheilkunde,* volume 1er, n° 4, page 730) dans tous les cas où Beer faisait usage de sa pince à dents. Ainsi que je l'ai dit plus haut, son grand désavantage est de ne pouvoir être débarrassée avec promptitude lorsque le cas l'exige; elle est au contraire du plus grand secours dans l'anatomie *fine*.

(1) « Car l'un ne pouvant se mouvoir sans l'autre, à cause de la correspondance qui se trouve entre eux par l'union intime des nerfs optiques, la lumière qui frapperait l'œil libre, exciterait dans l'œil blessé, des mouvemens qui lui seraient nuisibles, etc. » (*Cours de pathologie et de thérapeutique chirurgicales*).

n'entretient la suppuration jusqu'à ce que cette partie soit fondue ; et, lorsque quelqu'indication empêche de provoquer ou d'entretenir la suppuration, si l'on n'emploie les moyens recommandés contre les taies de la cornée et les excroissances de la conjonctive, moyens entre lesquels le nitrate d'argent fondu et le nitrate d'argent en solution tiennent le premier rang. (voy. *Beer, Lehre der Augenkrankheit*, t. II *Flarer, Tentativi per ottenere la guarizione, etc., Ammon's zeitschrift*, Band I, seite 80). La pommade recommandée par Schenschke (*Schmidt's jahrbucher*, voy. *Encyclographie*, octobre 1836) contre les ulcères et les taches de la cornée trouve très-bien son application ici. La fréquence avec laquelle les ptérygions renaissent après l'opération, et surtout l'ignorance des moyens de s'y opposer, effrayaient les anciens (1) à tel point que plusieurs d'entre eux n'osent conseiller d'en venir à l'opération que dans les cas où le ptérygion n'adhère que par ses deux *canthus*. Je rapporterai seulement ce qu'a écrit à ce sujet *Louis Guyon Dolois*, (*ouv. déjà cité*).

« Que si pour tous ces remèdes cette membrane ne se vouloit consommer, il faut venir à la chirurgie, pourveu que l'onglée soit de la nature de celles qui n'adhèrent du tout contre la conjonctive et prunelle des yeux, mais seulement par les deux *canthus*. Le chirurgien ne touchera nullement au *ptérigion* qu'on appelle *Sebel*, ny à l'onglée qui est grosse, renversée, éminente et endurcie et par conséquent cause des douleurs aux tempes ; car celuy qui est tel est malicieux et tient du chancre. Rondelet a écrit en sa pratique qu'à une femme qui avait eu un charbon en l'œil dont lui estoit resté un ptérigion charneux, il avoit fait couper deux onces de chair à diverses fois (2). Celuy qui est adipeux ne se peut oster, car il se romproit en le soulevant, mais celuy qui n'adhère aucunement à l'œil et qui ne tient qu'aux deux *canthus* est curable par l'opération. »

Dans un prochain article, je reviendrai sur ce point de chirurgie, à l'occasion d'une dissertation qui vient d'être publiée à Erlangen, par *C. Funke*, sous le titre de : *Ueber den wahren Blutschwam des Auges und seine verschiedenheit von ähnlichen krankheiten.* Mit. 4 ill. kupf. Je rendrai compte de cette intéressante monographie.

(1) Le principal moyen de *consommer* ce qu'ils appelaient le *superflu* consistait dans l'emploi « de poudre de coques d'œuf lesquelles ont été premièrement infusées dans bon et fort vinaigre, puis réduites en poudre ; la pierre ponce aussi réduite en poudre très-subtile comme aussi le vert-de-gris brûlé. » Par *superflu* ils entendaient les portions de ptérygion existantes après l'opération qui était presque toujours partielle. Le ptérygion *récent* et qui « ne *faisoyt que commencer*, étoit *consommé* par médicamens usitez, » c'est-à-dire, par poudres composées de *calcanthum* ou d'*atramentum sutorium*, d'écaille de cuivre et *calcitis*. « Mais d'autant que ces choses font grandes douleurs, il ne les faut appliquer si elles ne sont meslées avec de benignes, etc. » Est-il étonnant que leurs malades perdissent la vue ? que l'on redoutât l'opération ?

(2) *Ego in muliere quæ carbunculum passa erat, uncias duas carnis ab oculo detraxi abscisione per multas vices.* — Guil. Rondeletti meth. curand. morb. libri tres. — Parisiis 1574. (cap. *de pterygio*).

Observation sur un polype du col de la matrice; par Amé Philippart, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchemens, à Tournay.

Mademoiselle Félicité Carnoy, jardinière, âgée de 28 ans, célibataire, douée d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution faible, avait toujours été bien réglée, et n'avait jamais éprouvé d'indisposition jusque vers le milieu du mois de mai 1835. Alors, sans cause connue, dit-elle, et sans aucun symptôme précurseur, elle vit ses règles paraître plutôt qu'à l'ordinaire, et ne plus cesser un seul jour jusqu'aujourd'hui, 17 avril 1836. Peu de temps après ce premier symptôme, elle ne tarda pas à éprouver des tiraillemens dans les aînes, les lombes, les fesses, et des douleurs qui variaient en intensité, dans la région hypogastrique.

Espérant que ces accidens finiraient bientôt spontanément, la malade ne prit d'abord aucun avis, et suivit les conseils de quelques bonnes commères jusqu'au mois d'août suivant. Alors, voyant que sa maladie allait de mal en pire, que le teint fleuri de son visage avait fait place à la pâleur, que son amaigrissement faisait des progrès, que sa faiblesse augmentait en proportion inverse de la quantité d'alimens qu'elle prenait, elle se détermina à demander des conseils.

Un Esculape, fameux dans l'art uroscopique, fut l'homme choisi de préférence : une potion faite avec le ratanhia, les compresses d'eau froide et les rafraîchissans étaient, suivant l'avis de cet homme, des moyens sûrs, pour arriver à une guérison complète.

Ce traitement fut rigoureusement observé, pendant deux mois, sans que, comme on le pense bien, il fut suivi d'aucun effet.

La malade souffrit ainsi son mal jusqu'au moment où je fus appelé (16 avril 1836). Elle présentait un visage pâle et maigre, des lèvres pendantes, de la nonchalance dans les mouvemens ; son appétit était très-peu prononcé, ses digestions difficiles, ses selles rares ; son pouls petit et mou ; sa voix se faisait remarquer par la faiblesse ; enfin elle était dans un état d'hyposthénie très-prononcé. Elle se plaignait en outre, depuis une dizaine de jours, de quelques frissons dans les reins, qui se répétaient chaque soir.

Le toucher me fit reconnaître très-facilement une tumeur fibro-celluleuse, de la grosseur d'un œuf de poule, pédiculée et implantée sur la face interne et antérieure du col de la matrice.

L'opération proposée et acceptée avec empressement, tant par la malade que par sa famille, j'y procédai le lendemain, 17, de la manière suivante, après l'y avoir préparée par la diète, le repos et quelques lavemens émolliens : placée sur le bord d'un lit élevé,

comme pour l'opération de la taille sous pubienne, j'introduisis des pinces à érignes dans la paume de la main gauche placée dans le vagin; et le polype fixé à l'aide de celles-ci, j'opérai quelques tractions, pour l'amener à l'entrée de la vulve. Mais, comme il semblait se déchirer, je ménageai mes tractions, et j'introduisis, sur l'index de la main gauche, des ciseaux courbés sur le plat, jusque sur le point d'insertion de la tumeur fibreuse. Un seul coup suffit pour l'abattre.

Quelques gouttelettes de sang suintèrent; aucune sensation douloureuse ne fut éprouvée par la malade, qui manifesta une grande joie, en voyant dans ma main la cause de tous ses maux.

Le soir, il y eut quelques frissons dans les lombes, quelques douleurs dans la région hypogastrique et des tiraillemens dans les cuisses.

Le repos complet, la diète, quelques légers laxatifs calmèrent ces accidens au bout de quatre jours.

Le huitième de l'opération, les règles parurent; et, depuis ce moment, elles n'ont cessé de revenir périodiquement et d'une manière très-régulière. Toutes les fonctions rentrèrent bientôt dans leur état normal; et jusqu'aujourd'hui cet état ne s'est pas encore démenti.

Examen de la tumeur. Elle avait le volume d'un œuf de poule; sa figure était celle d'une poire; son pédicule avait la grosseur de l'extrémité du petit doigt; sa couleur était rosée et imitait celle de la substance corticale du cerveau. Elle était bosselée et ramollie en plusieurs endroits; un point de sa circonférence présentait une surface verdâtre, ayant la consistance du putrilage, une odeur infecte, la largeur d'un centime et l'épaisseur d'une ligne environ.

Je la conserve dans l'alcool.

Quelques observations critiques au sujet des deux mémoires couronnés par le Congrès Médical de Belgique sur la question proposée par cette assemblée, concernant les moyens propres à opposer à la propagation de la syphilis; par Fromont père, médecin de garnison honoraire, chevalier de la Légion d'Honneur, membre correspondant de plusieurs Sociétés savantes.

Dans un moment où l'autorité va s'occuper, sans doute, des mesures proposées dans les mémoires qui ont été couronnés par le Congrès médical de Belgique, sur la question des moyens propres à arrêter ou à modérer la propagation de la maladie vénérienne, quoique applaudissant aux intentions éminemment philanthropiques qui ont présidé à leur rédaction, hâtons-nous de nous réserver notre droit d'examen, et de consigner ici les objections qu'une lecture attentive a faites, sur leur ensemble, dans notre esprit. D'accord sur le but et la pensée première, on diffère quelquefois dans les détails; et tout en rendant justice aux talens distingués des auteurs de ces mémoires, on ne peut s'empêcher de leur reprocher sur certains points un rigorisme qui peut devenir nuisible à l'effet qu'ils s'en proposent.

S'il importe de conserver la santé publique et d'éloigner autant que possible les causes de maladies, il me semble qu'il faut, pour parvenir à ce résultat, n'employer que des moyens moraux et efficaces qui n'exposent pas la société à la dégradation et à l'arbitraire, surtout lorsqu'en enfreignant ces deux conditions, on n'arrive pas à un résultat certain et qu'on ne diminue même pas les chances de contagion.

Dans le mémoire qui a obtenu le premier prix, on propose la nomination de visiteurs attachés à chaque maison publique, chargés de la visite des hommes qui s'y présenteront: mesure aussi immorale que vexatoire, qui n'est ni en rapport avec nos mœurs ni avec nos institutions, et qui deviendra la cause d'une infinité de rixes et de voies de fait.

D'abord ces inspecteurs ou visiteurs, comme on voudra les appeler, ne pourront être choisis que dans la classe la plus abjecte de la société, parmi des gens sans honneur et surtout sans pain; car quel est l'homme qui sente encore sa dignité, qui conserve la moindre pudeur, qui voudra descendre jusqu'à ce vil métier, qui voudra passer sa vie dans une maison publique au sein de la débauche la plus effrénée? Ce ne sera qu'un homme taré dans l'opinion, ou accablé par la plus affreuse misère; eh bien, quelle garantie offrira un tel individu, et cependant il exercera sur l'homme probe, accidentellement entraîné par un besoin irrésistible, une espèce de police qui peut conduire celui-ci en prison, si tout à coup, reprenant sa dignité d'homme et le calme des passions, il apprécie sa position envers celui qui est chargé de le soumettre à une visite aussi dégradante pour l'un que pour l'autre. En effet, comment ne pas mépriser un tel emploi, comment ne pas se porter à quelques excès envers un être vil, qui a préféré le séjour de toutes les turpitudes humaines aux douceurs d'un travail qui honore? Cet homme, placé si bas, pourra cependant vous faire priver de votre liberté si vous résistez à ses ordres, si vous n'étalez pas à ses yeux des organes qu'un être dépravé, même, ne montre qu'avec la plus grande répugnance à un individu de son sexe; il faudra cependant se soumettre à cette visite si vous voulez satisfaire à un besoin qu'il n'est pas toujours dans la nature de l'homme de comprimer, ou vous exposer aux dénonciations de ce vil visiteur qui, au moyen de la poudre d'or, ne manquera pas de soustraire le riche débauché aux formalités de son inspection, tandis que le pauvre subira toute la dégradation de son obscène visite.

Cette mesure ne présentera donc aucune garantie, et deviendra dans bien des circonstances le sujet de rixes et de voies de fait, qui amèneront sur les bancs de la police correctionnelle une infinité de jeunes gens qui n'eussent peut-être jamais fait parler d'eux si on ne les avait pas astreints à cette visite. C'est presque toujours dans un état d'ivresse que l'homme se laisse entraîner dans ces cloaques de débauche; dans cette position, moins endurant et plus excitable, on ne supporte que très-difficilement une vexation, et certes, se soumettre à la visite d'un homme démoralisé, qui n'aura au sur-

plus que des connaissances très-imparfaites sur les caractères de la maladie ; c'est bien la plus grande vexation qu'un homme d'honneur puisse endurer. Qu'on ne vienne pas me dire qu'un homme qui entre dans une maison publique, est sans pudeur, cela est faux, j'en appelle aux souvenirs de la jeunesse ; la porte de ces lieux de prostitution n'est franchie qu'avec crainte et répugnance, et tel qui y est entraîné par des désirs effrénés en est sorti avec un épouvantable dégoût; d'ailleurs on peut étaler aux yeux d'une femme un organe qui doit le rapprocher d'elle, mais mettre cet organe sous les yeux, et dans la main d'un visiteur, se soumettre aux mouvemens nécessaires pour remplir le but de la visite, c'est le comble de la démoralisation, c'est un véritable attentat à la pudeur; il suffit de se représenter dans l'imagination le tableau grotesque de cette ignoble visite pour en apprécier l'inconvenance et le ridicule.

Dans les maisons de rendez-vous il y aura, dit-on, une visiteuse pour les femmes qui s'y rendront : cette mesure me paraît plus vexatoire, plus immorale que la première : ici bien certainement cette fonction ne sera exercée que par une prostituée, dont les charmes flétris lui auront mérité une retraite. C'est devant ce juge taré dans l'opinion, méprisé de la société, qu'une vierge peut-être devra se découvrir, se laisser mutiler par l'introduction préalable du *spéculum utéri ;* la douleur ne lui permettra pas même de se plaindre, car ses cris seront pris pour de la rébellion, ses mouvemens pour des voies de fait, et notre visiteuse, encore ici, pourra envoyer en prison une malheureuse, entraînée peut-être par la séduction ou la plus épouvantable misère ; elle devra se prostituer avant d'avoir accordé des faveurs qu'elle pourra encore refuser à son ravisseur, ou à celui qu'elle aura provoqué elle-même à la débauche, pour nourrir un enfant ou un père prêt à expirer d'inanition. Ne voit-on pas chaque jour des hommes quoique emportés par la passion la plus vive, la plus effrénée, ne pas être étrangers à un sentiment généreux, et faire grâce à l'innocence, à la candeur de la victime que l'inexpérience ou la misère a mise à sa disposition ; ne peut-il pas devenir le protecteur d'une fille, d'une femme devenue criminelle par l'empire des circonstances malheureuses! eh bien, cette femme, cette fille entraînée dans une maison de rendez-vous, ne peut-elle pas en sortir vertueuse, et cependant vous l'avez flétrie à ses propres yeux ; en entrant vous l'avez stigmatisée d'un signe réprobateur; vous avez éteint en elle ce sentiment de pudeur qui aurait fait toute sa force contre les agressions de son corrupteur, vous l'avez flétrie même aux yeux de celui qui pouvait encore l'estimer, mais elle est visitée! A quoi sert sa résistance ? vous avez levé le voile, elle est déjà déshonorée ! qu'a-t-elle encore à perdre ? elle s'abandonne, elle succombe, le vice triomphe de la vertu, un premier pas en entraîne souvent un second, et d'une fille qui pouvait rester sage, votre visiteuse en fait bientôt une prostituée, perdue pour la société ; car la femme une fois livrée à la prostitution est obligée de s'y traîner le reste de ses jours. Ici, comme pour le visiteur, l'argent jouera son rôle; une vieille femme publique refuse-t-elle cent sous ? non sans doute. La femme la plus dévergondée, la plus corrompue, la plus infectée, pourra donc échapper à la visite si elle a de l'argent, tandis que la fille séduite, la femme malheureuse, la grisette encore vertueuse, n'y échapperont pas si leurs moyens ne leur permettent pas de corrompre la vieille harpie préposée à cette visite ; de sorte que cette formalité, pas plus que la première, n'offrira de garantie contre la propagation du mal que l'on cherche à éviter, surtout que ces visites devant nécessairement se faire sans témoin, il n'y aura aucun moyen de contrôle, d'autant plus que les visiteuses et les visiteurs seront toujours pris dans une classe de la société qui n'offre aucune garantie d'honneur et de probité. Et cependant ces êtres abjects seront investis d'un pouvoir presque inquisitorial sur toutes les personnes qui leur seront soumises, et qu'ils pourront perdre dans l'opinion, en se plaignant d'une rébellion, suite du dégoût qu'ils doivent inspirer, de la douleur qu'ils auront fait éprouver, ou des manières grossières qu'ils auront employées dans l'exercice de leurs dégoûtantes fonctions.

Mais, me dira-t-on, ces maisons de rendez-vous sont aussi fréquentées par des filles publiques, reconnues par la police ? Pour celles-ci, soumettez-les à toutes les rigueurs des réglemens, mais si la police est bien faite, les visiteuses sont encore inutiles, puisque ces filles doivent toutes être porteuses de carte ou de livret qui atteste leur état sanitaire, comme le veut aussi le 2e mémoire ; il ne s'agit donc à leur entrée dans ces maisons, que de leur faire représenter ces pièces, et si elles sont en règle rien n'exige une seconde visite, si elles ne le sont pas, elles peuvent être arrêtées pour être conduites à la visite de l'homme de l'art, et punies d'après les peines proposées dans les mémoires que nous examinons.

Mais quels moyens employer contre les filles insoumises, contre les débauchées qui se livrent clandestinement à la prostitution, sans se soumettre aux ordres de la police? La chose est plus difficile, surtout si l'on veut s'abstenir de l'arbitraire, dont il faut toujours user le moins possible ; eh bien, dans ce cas, dans l'intérêt des mœurs et des familles, fermer la porte des maisons de rendez-vous à toutes ces femmes qui ne seront pas porteuses d'une carte ou d'un livret, plutôt que de les faire visiter à leur entrée par vos visiteuses, qui du reste comme nous l'avons dit plus haut, n'offriront jamais les résultats qu'on en attend ; on diminuera ainsi le débordement, suite de la séduction, de la faiblesse du sexe et de la misère, sans allarmer la pudeur de personne et sans exposer un être faible aux conséquences de cette visite.

Les hommes, m'objectera-t-on, ont besoin d'être visités si on veut diminuer la contagion chez les femmes; cela est vrai, mais pourquoi cette visite ne serait-elle pas faite par la femme qui va lui vendre ses faveurs ? pourquoi lui substituer un visiteur ? celle-ci n'a-t-elle par un intérêt direct à se préserver, n'a-t-elle pas des moyens pour échapper aux désirs effrénés d'un homme

qui veut employer la force pour assouvir sa brutale passion, sans exposer celui-ci aux conséquences d'une arrestation, suite de sa rébellion envers le visiteur, arrestation toujours humiliante et qui ne peut manquer de faire le malheur de bien des familles.

Le mémoire qui a remporté le 2e prix contient généralement des mesures sages et exécutables, mais il n'est pas moins entaché d'un arbitraire trop en opposition avec nos libertés, pour passer sous silence l'imperfection que nous y remarquons.

« Le bureau, dit-on, (art. XXI) spécialement chargé » de la surveillance des femmes publiques, recevra toute » espèce de dénonciation concernant les prostituées.

» Toutes celles qui seront signalées comme insoumi- » ses, comme nouvelles, ou comme se livrant clandes- » tinement à la prostitution, qu'elles aient été surprises » *ou non* par l'inspecteur *ou autre agent de la police,* » seront *arrêtées* et interrogées par le chef de la po- » lice, qui, après les renseignemens qu'il aura obtenus, » les fera relâcher si les faits a elles imputés sont re- » connus faux, etc., etc. »

Cette arrestation préventive n'est-elle pas le comble de l'arbitraire? Quoi! sur la dénonciation d'un anonime, une fille sera arrêtée, sera conduite au bureau de la police, subira un interrogatoire; et pourquoi, pour avoir peut-être refusé ses faveurs à un homme méprisable qui, pour se venger du mépris qu'il inspire, aura fait une dénonciation à la police, afin d'humilier sa victime, afin de la perdre dans l'opinion. Ces vengeances sont trop communes pour ne pas être à redouter, et pour ne pas fournir chaque jour de nouvelles preuves de toute la barbarie d'un pareil système. Quoi! un agent de police sera libre d'interpréter à sa manière une démarche indiscrète, déplacée; une femme honnête pourra se trouver compromise, être traînée en prison pour avoir eu le malheur d'être mal jugée par un agent de la police qui, de son côté pour exercer une vengeance, pourra abuser de son autorité puisque la prévention suffira pour excuser sa conduite, pour la valider même aux yeux de ses chefs.

Cette fille ou cette femme sera remise en liberté, dit-on, mais elle n'en aura pas moins été arrêtée, une atteinte grave aura été portée à sa réputation et à sa liberté, il suffit qu'une seule erreur puisse se commettre pour faire rejeter cette mesure.

Ne serait-il pas possible de substituer à cette arrestation, une instruction préalable faite avec toutes les précautions nécessaires pour ne point compromettre la personne qui en est l'objet; cela serait beaucoup plus conforme à la justice et garantirait la société contre une arrestation arbitraire, qui peut perdre une malheureuse fille qui n'aura peut-être été que légère. Quant aux autres mesures préservatives, indiquées dans ce mémoire, elles sont toutes d'une application facile et très-rationnelle, et il serait à désirer qu'elles pussent être mises à exécution. Mais un défaut capital qui peut-être reproché aux deux mémoires, c'est que dans l'un comme dans l'autre, les mesures proposées ne doivent émaner que des régences, tandis que pour étendre le bienfait à tout le royaume, pour en faire jouir uniformément toutes les localités, toutes ces mesures devraient émaner d'une loi, d'où découlerait l'autorisation nécessaire pour que les administrations locales pussent modifier les réglemens, suivant les besoins et les ressources des petites villes et des communes. Les concurrens ne se sont occupés que des grandes localités, de Bruxelles particulièrement, et rien n'est fait pour la province. Il est cependant bien important que ces mesures puissent s'étendre jusque dans la plus petite commune, car si la maladie vénérienne rayonne du centre à la circonférence, elle est aussi communiquée de la circonférence au centre. Si on veut l'éteindre, il faut la suivre partout, et pour ce faire, je le répète, il faut une loi générale qui dote le pays de cette institution bienfaisante, et qui légalise l'arbitraire résultat d'un simple arrêté.

En vain invoque-t-on les mesures prescrites pour les cordons sanitaires et l'arbitraire qui en résulte, pour légaliser les mesures non moins arbitraires, proposées contre la syphilis, nous trouvons la chose toute différente: d'abord, les mesures prescrites pour les cordons sanitaires émanent d'une loi qui autorise des réglemens particuliers et locaux; puis s'il est permis d'être barbare dans cette circonstance, il en est bien différent pour la maladie vénérienne que vous pouvez presque toujours éviter, en ne vous livrant pas à la débauche avec des filles de mauvaise vie, tandis que vous ne pouvez pas vous soustraire aux influences délétères qui s'exhalent de la surface d'un individu qui a franchi un cordon sanitaire et qui, par cette infraction à la loi, peut compromettre tout un pays, sans que les habitans puissent se mettre en garde contre le poison dévastateur qu'il aura apporté avec lui; s'il est cruel de tirer, sur un misérable, conduit par la peur, qui fuit un foyer de contagion, mais qui, par l'effet de sa panique, expose toutes les populations voisines, ne serait-il pas ridicule de comparer cette position à celle d'un individu qui se rend volontairement dans une maison publique, ou qui suit une prostituée dans une maison de rendez-vous, où certainement il sait pouvoir s'exposer à une contagion, qu'il n'est pas toujours possible de faire éviter même avec les réglemens les plus sévères.

Charleroy, le 20 octobre 1836.

Fromont, père.

OPHTHALMOLOGIE.

Réplique de M. le docteur Thirion, à la lettre de M. le docteur Cunier, relativement à la critique des ouvrages de M. Eble, faite par le premier.

A l'occasion de mes articles analytiques de deux ouvrages de M. Eble, l'ophthalmologiste, je viens de lire dans le numéro d'octobre de ce journal une espèce de diatribe sous forme de lettre, signée F. Cunier, mais

composée aussi par la partie d'une missive de M. Eble, sur le même sujet adressée à M. Cunier.

Cette sorte de production où la bigarrure remplace la réfutation de mes articles critiques, n'aurait pas dû recevoir de réponse, si je n'y eus été accusé d'avoir INJURIÉ ET DÉNIGRÉ M. EBLE !..... parce qu'il est allemand, etc.

Je ne m'attendais pas, je l'avoue, à une attaque de ce genre; et quoique persuadé que je ne pouvais pas avoir injurié un homme que je n'ai pas l'avantage de connaître, ma conviction fut cependant ébranlée par le ton affirmatif de mon contradicteur, abandonné tout entier, comme il le dit, à la puissance d'une obligation que lui impose l'amitié qui le lie à M. Eble. Mais la preuve me disais-je, où est-elle? La voici :

« Poussé par une envie démesurée de dénigrer M. Eble, » il va jusqu'à dire que SON OUVRAGE n'est qu'une com- » pilation, etc. »

M. Broussais dit quelque part dans ses livres : Le nom de l'auteur que je réfute n'est qu'un accident. Je le nomme, et je le dois, afin que l'on connaisse l'ouvrage où est consignée l'erreur que je combats, et qu'un nom imposant ne puisse lui servir d'égide. Je n'attaque ni ses mœurs ni sa probité comme citoyen, ni son caractère d'homme privé; mais, s'il est nécessaire, j'attaque sa probité et son jugement littéraires, parce qu'ils sont du domaine de la critique littéraire. Je me crois en droit de dire qu'un auteur a fait preuve d'un jugement faux dans la question que je traite, qu'il a été citateur infidèle, qu'il a manifesté des prétentions au despotisme littéraire ou scientifique : inculpations qui sont encore du domaine de la critique littéraire, et que l'on ne trouve pas répréhensibles quand elles sont appliquées à un homme mort. Si l'on s'en offense quand il vit encore, c'est uniquement parce que l'on adhère à ses opinions. Mais si l'on y renonçait, on ne trouverait plus rien à dire contre ma critique; tandis que si je l'avais insulté comme homme privé, je serais aussi blâmable pour ceux qui seraient d'un avis différent du sien, que pour ceux qui pensent comme lui, et autant après sa mort que durant sa vie. Mais en attaquant un individu comme auteur, je ne redoute point le jugement de la postérité. Or, c'est ainsi que j'en ai agi avec M. Eble, contre qui personnellement je n'ai jamais eu ni haine ni mauvaise intention.

Parce qu'il est allemand, ajoute-t-on. Nouvelle supposition que je me garderai de qualifier, mais dont l'absurdité saute aux yeux. Le talent, pour moi, a le monde pour patrie: celui qui est savant à Saint-Pétersbourg, l'est également à Paris. Les J. F. Meckel, Tiedemann, Gmelin, Fohman, etc., etc., sont de tous les pays où les sciences médicales sont cultivées comme il convient; et si les productions scientifiques de M. Eble que j'ai analysées eussent mérité d'être placées sur la même ligne que celles des auteurs *allemands* précités, alors l'éloge eut remplacé la critique. Mais en attendant qu'il en soit ainsi, je laisserai marcher mon opinion comme M. Eble laisse marcher la sienne. Je critiquerai ses œuvres ou en ferai l'éloge selon la route que tracera mon jugement; et libre sera à lui de défendre sa cause si elle est bonne, et de prouver mon erreur si elle existe. Voilà par où il devait commencer, au lieu de *hausser les epaules de pitié;* de se défendre en disant que j'ai ravalé le mérite que *toute l'Allemagne* accorde à son ouvrage; et enfin, de citer l'avis confidentiel de M. M.... qui avance que je ne suis pas et que je n'ai jamais été dans une position qui me donne le droit de compétence. Que dira toute l'Allemagne de ce singulier système de défense? Que dira aussi M. M.... dont l'avis que vous transcrivez n'est à mes yeux qu'une véritable condoléance? Que diront enfin les médecins belges qui ne sont pas de votre avis et dont je n'ai besoin ni du nom ni de l'autorité?

« Ce que j'ai avancé (M. Eble), a été admis comme » AXIOME dans tous les manuels d'ophthalmiatrie répan- » dus en Allemagne. » Moi, d'un autre côté, je n'ai pas trouvé que ses ouvrages que j'ai analysés fussent un composé de tous *axiomes;* et sur ma foi, je crois pouvoir avancer sans prétention, qu'en Belgique, on trouvera beaucoup de médecins de mon opinion. A ce sujet, M. Cunier, toujours poussé par l'amitié qui le lie à M. Eble, s'est chargé d'en dévoiler un nouveau; et sans qu'il dise si c'est encore M. M..., il raconte par un passage de lettre de ce médecin « que M. Thirion met trop » d'ardeur à *dénigrer les ouvrages* d'Eble..... et qu'il » est vrai que l'on accorde peut-être trop d'importance » au savoir de nos confrères d'Allemagne. »

« Je n'ai, en vérité, dit encore M. Eble, aucun motif » pour retrancher un seul *iota* de ce que j'ai écrit en » 1828 sur la structure anatomique de la conjonctive; » si ce n'est que j'ai vu depuis lors une injection fort » bien réussie sur l'œil d'un fœtus, où les vaisseaux de » la conjonctive oculaire étaient réellement liés entre » eux et *sans la moindre interruption sur toute la cornée.* » Mais n'oubliez pas qu'il n'est ici question que de l'œil » d'un fœtus de trois mois et nullement de l'œil d'un » adulte chez qui l'âge amène tant de changemens. Je » puis donc, sous ce rapport encore, m'en tenir à ce » que j'ai écrit autrefois; personne, en effet, n'est en » état de démontrer *à l'évidence* l'existence du *feuillet* » *conjonctival* sur la cornée d'un adulte, à l'état normal, » du moins. »

Vous voyez, d'abord, que depuis 1828, M. Eble a vu ce qu'il n'avait pas aperçu antérieurement, c'est-à-dire, des vaisseaux qui marchaient *sans la moindre interruption*, de la conjonctive oculaire sur toute la cornée. Or, ne faut-il pas irrésistiblement en conclure que la puissance visuelle de M. Eble était encore en 1828 susceptible de perfectionnement, et qu'il vient déjà de rétrancher un *iota?* ou bien, s'il s'est servi de son microscope, il faut admettre que cet instrument fait voir parfois certaines choses que l'on n'aperçoit plus en d'autres temps. Telle était l'opinion de l'immortel Bichat sur la difficulté de décider une question par l'observation oculo-microscopique : quand on regarde dans l'obscurité, dit-il, dans son anatomie générale, chacun voit à sa manière et suivant qu'il est affecté. C'est ainsi, ce me semble, qu'il faut s'expliquer la divergence d'ob-

servations microscopiques sur l'existence des glandules crypteuses et mucipares dans l'épaisseur de la conjonctive. M. Strachow en a vu des groupes de 50, 60 et 100, tandis que M. H. Cloquet, qui en vaut bien un autre, n'a rien vu de semblable. Ce dernier anatomiste déclare aussi que la conjonctive n'est pas villeuse, et J.-F. Meckel n'en dit pas mot. Mais M. Eble soutient par théorie ou microscopiquement qu'elle est villeuse ou papillaire; il faut donc bien certainement, comme il le dit, qu'il ait d'autres yeux que les miens, que, pour sa satisfaction, je ferai aussi faibles qu'il voudra; mais que son *œil microscopique* soit plus fort que celui de MM. Meckel, Cloquet, etc., etc., c'est à quoi il m'est impossible de souscrire, nonobstant la place distinguée qu'occupe son corps papillaire parmi ses *axiomes*.

Relativement aux vaisseaux que M. Eble a vu marcher *sans la moindre interruption* de la conjonctive oculaire sur toute la cornée, il vous recommande de ne pas oublier que cette découverte a été faite sur l'œil d'un fœtus de trois mois, et non sur la conjonctive d'un adulte chez qui l'âge amène tant de changemens. C'est, si je ne me trompe, déclarer implicitement que la conjonctive de la cornée disparaît par l'âge, à la manière de la membrane pupillaire, etc. Mais s'il vous plait, ouvrez le dernier mémoire de M. Eble, *traduit par MM. Von Kriss et Cunier*, et vous y lirez, à la page 52, « je considère, contre M. Jungken, les ul-
» cères de la cornée comme le résultat de l'inflamma-
» tion et de l'ulcération du *feuillet de la conjonctive*
» *qui revêt la cornée.* » Voilà donc encore, ce me semble, un *iota* perdu, et un *axiome* détruit. Doucement, pas de précipitation, car plus bas, dans la lettre qui nous occupe, M. Eble déclare, « que personne n'est
» en état de démontrer *à l'évidence*, l'existence du
» *feuillet conjonctival* sur la cornée d'un adulte, *à*
» *l'état normal, du moins.* » Conséquemment, il faudra désormais admettre que la conjonctive de la cornée existe à trois mois chez le fœtus, qu'elle disparaît chez l'adulte à yeux sains, et qu'enfin elle reparaît lorsque cette membrane devient malade ou s'enflamme. Telle est, à mon avis, l'explication du subterfuge de M. Eble; et si le terme dont je me sers remue désagréablement les susceptibilités, alors je confesse bien sincèrement que l'œil microscopique de mon antagoniste, vient de faire une découverte anatomico-physiologico-pathologique qui avait échappé à l'observation des investigateurs du premier ordre, tels que MM. Meckel, Cloquet, etc. etc., bien entendu aussi, qu'en admettant la dernière hypothèse de M. Eble, je veux dire la possibilité de démontrer par l'état anormal le feuillet conjonctival de la cornée, il faudra encore rigoureusement détruire un *iota* et annuler un *axiome;* attendu que vous lirez à la page 53 du premier ouvrage de mon contradicteur (1828), que, « les phénomènes morbides
» ne doivent pas nous forcer aucunement à l'admission
» de ce feuillet. » Et à la page 50 du même ouvrage,
« que les vaisseaux qu'on y voit sont toujours des pro-
» duits nouveaux de l'inflammation, n'ayant, avant
» celle-ci, jamais existé comme tels. » Dans une semblable occurrence, et malgré le désir que j'éprouve de trouver là un *axiome*, je confesse sur mon âme que je n'en rencontre pas. Peut-être que mon incurie dépend de ce que, comme mon confrère a l'obligeance de me le dire « je ne suis pas beaucoup plus avancé en ana-
» tomie microscopique et surtout en *anatomie fine*, que
» tant d'autres qui me ressemblent. » Du reste, comme on ne lira pas sans intérêt, selon la prévision de M. Cunier, la lettre de M. Eble, que l'on décide de la valeur de mon espèce de dilemme; mais que l'on fasse attention que M. Eble ne dit pas que les yeux de son fœtus de trois mois, étaient malades.

« M. Eble, dit M. Cunier, a modifié ses idées patho-
» logiques exposées dans son ouvrage de 1828. Compa-
» rez, ajoute-t-il, le § 58 de l'ouvrage sur la structure
» et les maladies de la conjonctive, etc., et les § 2 et 3
» du mémoire. Il ne donne plus ici à la maladie le nom
» *d'inflammation contagieuse des yeux*, mais il l'ap-
» pelle : *blépharophthalmie catarrhale des armées.* Il
» abandonne ainsi la *différence remarquable* qu'il éta-
» blissait entre l'ophthalmie contagieuse et la catar-
» rhale. »

Je laisse à l'admiration des lecteurs la juste appréciation des nombreux avantages que la science retirera de l'innovation technique : *blépharophthalmie catarrhale des armées.* Cependant, je dois, pour l'intelligence des lecteurs, faire remarquer que l'auteur n'a adopté cette *dénomination importante*, qu'à cause que, « les soldats sont sous une surveillance continuelle, et
» que les médecins peuvent découvrir chez eux l'oph-
» thalmie dès son début. » (Voyez page 17 du mémoire.)

Mais puisque par elle, M. Eble *abandonne*, dit-on, la *différence remarquable* qu'il établissait entre *l'ophthalmie catarrhale et la contagieuse*, je dois encore prendre la liberté d'examiner. A cette fin, j'ouvre de nouveau le mémoire où M. Eble a *modifié ses idées pathologiques*, et j'y lis à la page 6, au 3° « la conjonctive
» est le siége de deux ophthalmies, mais la catarrhale
» ordinaire se fixe dès son principe dans la conjonctive
» oculaire sur laquelle elle donne facilement naissance
» à des phlyctènes, tandis que celle dite contagieuse,
» se borne à son début, et même pendant assez long-
» temps à la conjonctive palpébrale, etc. » Ensuite à la page 7, au 5° on y lit encore que, « régulièrement,
» l'ophthalmie catarrhale présente aussi d'autres symp-
» tômes de l'affection catarrhale : coryza, douleurs
» dans les reins, mouvement fébrile, etc. »

Voilà déjà, je pense, une différence *conservée* entre l'ophthalmie catarrhale et la contagieuse, et si elle a été admise comme *axiome* dans tous les manuels d'ophthalmiatrie repandus en Allemagne, il faudra inévitablement que l'on transige, et que l'on décide si cette *vérité démontrée* ne devra pas changer de destination, et être transportée à la page 17 § 3 du susdit mémoire où on lit encore « 3° par rapport à son caractère essen-
» tiel et *à son siége*, elle se range (l'ophthalmie con-
» tagieuse) sur la même ligne que l'ophthalmie ca-
» tarrhale, et *a avec elle la plus grande identité de*
» *symptômes.* »

Mais, dira-t-on, ce n'est pas là la *différence remarquable et abandonnée* dont parle M. Cunier, il veut probablement vous indiquer la propriété contagieuse que M. Eble n'admettait pas pour la catarrhale..... S'il en est ainsi, alors, veuillez s'il vous plait poursuivre le même 3° de la page 17 et vous y trouverez « que l'oph-
» thalmie contagieuse ne diffère de la catarrhale qu'en
» ce que le parenchyme de la conjonctive est plutôt
» affecté dans toute sa profondeur, que le corps papil-
» laire est conséquemment développé en totalité ou en
» partie, *et qu'elle montre par là une plus forte pro-*
» *pension à l'infection et à la propagation à* d'autres
» individus. Suivant mon opinion, *la différence qui*
» *existe entre ces deux affections* ne provient que de la
» particularité des diverses influences malignes qui
» *agissent* actuellement sur nos soldats. »

« La théorie de M. Eble n'a que des faits pour base. l'évidence est là et force est de s'y rendre (1). »

Telles sont les réflexions que m'a suggérée la lettre à double auteur insérée dans le cahier cité de ce journal. Je n'ai répondu qu'à ce qui me concerne, les autres médecins dont les opinions et les écrits y sont également attaqués agiront à leur guise, et décideront s'il est nécessaire ou opportun de répondre. Pour le moment, il demeure vrai que cette singulière missive ou le diasyrme remplace la défense, laisse intactes mes articles critiques des deux ouvrages de M. Eble. J'avoue qu'il est surprenant que le jugement d'un simple médecin *qui n'a pas le droit de compétence*, vienne *ravaler le mérite que toute l'Allemagne accorde à l'ouvrage de M. Eble.* Mais j'avoue aussi que si l'on a la prétention de rendre classiques en Belgique les productions dont s'agit, on doit commencer par prouver que ma critique est erronée ; et alors je saurai prouver à mon tour que le jugement que je porte sur un ouvrage, ne dégénère jamais chez moi en une question d'amour-propre. Tant qu'il n'en est pas ainsi je conserve, à mon avis, un droit fondé de persévérance ; et j'ose prétendre subsidiairement jusqu'à preuve du contraire, qu'avec ce que j'ai laissé à glaner, on peut encore composer un fort bel article critique. Il serait curieux, par exemple, d'examiner comparativement le travail de M. Jungken avec celui de M. Eble, et d'apprécier ensuite jusqu'à quel point est fondée la critique que fit le second, du mémoire du premier. Mais je pense que la science ne gagnerait rien à un semblable travail dans lequel il faudrait le plus souvent remplacer le faux par le vrai, l'hypothèse par les vérités démontrées.

Au milieu de cette diversité d'opinions sur le mérite des ouvrages de MM. Junghen et Eble, il existe, ce me semble, pour ces mêmes productions, une question de naturalisation en Belgique, à l'égard du mémoire de M. Jungken. M. Cunier (2) qui n'a rencontré aucun obstacle dans la marche de sa pensée, a vu dans les assertions que contient cet ouvrage, des conséquences défavorables pour le corps des médecins militaires belges, pour l'instruction duquel ce travail a été imprimé, puis s'est écrié. « Il n'en est pas un d'entre nous, qui ne se
» fut retiré depuis longtemps s'il n'avait eu la conscience
» de son aptitude à remplir les fonctions qui lui ont
» été conférées, » (page vi). Plus bas il ajoute, avec non moins de raison je pense, « continuons nos études
» ophthalmologiques, et gardons-nous bien de prendre
» encore, comme point de départ, des théories erronées,
» et que notre observation dément chaque jour. »

Sur les livres de M. Eble, M. Cunier se montre tolérant, condescendant peut-être, car il nous dit *que l'amitié qui le lie à l'auteur, lui impose une obligation.* Voilà donc une nouvelle preuve de la variété des jugemens des hommes ; et j'aime à répéter en finissant, ce que M. Cunier avance au commencement de sa lettre : « Quel que soit le mal ou le bien que l'on dise d'un ou-
» vrage, il finira toujours par être apprécié *à sa juste*
» *valeur.* »

Namur, le 18 novembre 1836.

E. Thirion, D.-M.

(1) Lettre de M. Cunier, imprimée en tête du *dernier mémoire* de M. Eble, traduit par MM. Von Kriss et Cunier.

(2) Lettre de M. Cunier à ses camarades, mise en tête du mémoire de M. Eble, traduit par MM. Vonkriss et Cunier.

VARIÉTÉS.

Remèdes secrets. — Condamnation de MM. Giraudeau et Albert.

Au mois de juillet 1836, un jugement de la sixième chambre de police correctionnelle du tribunal de la Seine avait condamné le sieur Giraudeau, dit de Saint-Gervais, à six jours de prison et 300 fr. d'amende, pour avoir annoncé des remèdes secrets (le rob anti-syphilitique et la mixture anti-gonorrhéenne).

Ce jugement, rendu par défaut, a été frappé d'opposition par le sieur Giraudeau, qui a comparu à l'audience du 28 septembre.

M. le président a procédé à l'interrogatoire du prévenu.

D. Quels sont vos noms et prénoms ?

R. Jean Giraudeau de Saint-Gervais.

D. Ce nom de Saint-Gervais est-il bien le vôtre ?

R. C'est le nom de l'endroit où je suis né, et je l'ai pris parce que le nom de Giraudeau est fort commun.

M. le président. Vous n'en avez pas le droit. D'ailleurs, je crois que dans plusieurs annonces vous supprimez votre nom de Giraudeau pour ne plus vous signaler que sous celui du docteur G. de Saint-Gervais.

M. l'avocat du roi. C'est un trait de charlatanisme.

Me Hardy prend la parole dans l'intérêt du prévenu. Il commence par déclarer que M. Giraudeau n'est pas un charlatan : qu'il faut établir une grande différence entre un docteur en médecine tel que M. Giraudeau et tous ces médicastres qui exploitent la crédulité publique.

Il soutient que les remèdes annoncés par Giraudeau ne sont pas des remèdes secrets.

Il affirme ensuite que la brochure où le ministère pu-

blic a vu des annonces de remèdes secrets, remonte à 1831, époque à laquelle Giraudeau a subi sa dernière condamnation, et que depuis cette époque celui-ci a cessé de publier cette brochure.

Me Hardy termine en donnant lecture d'une lettre écrite à son client par M. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, lettre dans laquelle serait approuvée la méthode employée par Giraudeau pour la guérison des maladies syphilitiques.

M. Lascoux, avocat du roi, se lève pour soutenir la prévention ; après avoir fait le portrait des charlatans qui exploitent la place publique, et du médecin qui spécule sur la crédulité générale, il retrace les antécédens de Giraudeau ; il raconte comment Giraudeau, reçu docteur en 1825, se mit à annoncer l'élixir odontalgique, la pommade ophthalmique, et enfin le rob et la mixture anti-syphilitique; comment il fut prouvé, lors des premières poursuites, en 1829, que Giraudeau avait copié la recette de son rob dans une brochure publiée dès 1821 par le pharmacien Mousselot, et comment Giraudeau a même transplanté dans sa propre brochure plusieurs passages de la brochure de Mousselot.

M. l'avocat du roi fait connaître le rapport, fait en 1829, sur le rob de Giraudeau, par MM. Orfila, Pelletier et Chevalier, rapport duquel il résulte que le rob de Giraudeau est moins actif que les préparations indiquées dans le Codex, et que chaque bouteille de rob, que Giraudeau vend au public 12 fr., lui revient à 24 sous.

M. Lascoux discute la question de droit, et prouve que les remèdes annoncés par Giraudeau sont bien des remèdes secrets.

Il réfute ensuite le moyen de prescription tiré de ce que Giraudeau n'aurait pas annoncé ses remèdes depuis l'époque de sa dernière condamnation à trois jours de prison, en 1831.

« Vous n'avez pas, s'écrie ce magistrat, annoncé votre rob depuis 1831 ! Mais cette allégation, c'est plus que du charlatanisme, c'est de l'impudence, et nous avons en main la preuve de ce que nous articulons. Vous n'avez pas annoncé depuis 1831 ! Depuis 1831, vous n'avez pas publié de brochures! Comment se fait-il donc que, dans la brochure que nous avons sous les yeux, dans laquelle vous annoncez tous vos remèdes et le prix de ces remèdes, comment se fait-il que nous lisions ces mots : « En 1832 et 1833, j'ai visité les hôpitaux d'Edimbourg, de Londres, de Palerme, de Naples... J'ai passé les mois de juillet et d'août en Grèce, dans les îles Ioniennes et à Constantinople... »

» Comment se fait-il que cette brochure, qui selon vous remonte a 1831, mentionne des faits, vrais ou faux, mais dont la date se rapporte à 1832 et 1833? Il est bien évident que ce n'est que postérieurement à 1833 que vous avez annoncé vos remèdes secrets, et que dès-lors nos poursuites sont régulièrement intentées. »

M. l'avocat du roi, répondant à l'argument tiré de la lettre écrite à M. Giraudeau par M. Pariset, dit qu'il s'attendait à ce que la défense du prévenu s'appuierait sur cette lettre ; que dans cette prévision il s'est adressé à M. Pariset pour savoir comment cette lettre devait être interprêtée, et que M. Pariset lui a répondu par la lettre suivante, dont il donne lecture, et qui est ainsi conçue :

Le secrétaire perpétuel à M. Lascoux, substitut du procureur du roi.

Paris, le 28 septembre 1836.

« Monsieur, je réponds en peu de paroles aux deux questions que vous me faites l'honneur de m'adresser.

» La lettre de moi, que M. Giraudeau a si souvent publiée, est un acte de simple politesse. C'est un acte qui m'est personnel, et qui est absolument étranger à l'Académie.

» M. Giraudeau m'avait adressé une dissertation : il y traite un point de science qui partage encore aujourd'hui les médecins. En remerciant l'auteur, j'applaudissais à une théorie qui paraît fondée. A l'égard de ses remèdes, comme je ne les connais pas, je n'ai jamais entendu en garantir l'efficacité.

» J'ajoute que si javais su que M. Giraudeau se proposât de publier ma lettre, jamais je ne l'aurais écrite.»

Agréez, etc. F. Pariset.

M. Lascoux termine en disant : Nous demandons une peine sévère contre Girandeau, mais nous désirons que de cette audience il sorte quelque chose de plus qu'une condamnation ; il faut qu'il en sorte un avertissement pour le public; il faut que le public, averti par les débats de cette audience, par le jugement que vous allez rendre, se tienne en garde contre les manœuvres artificieuses d'un charlatanisme effréné et cupide.

Après quelques momens de délibération, le tribunal déboute Giraudeau de son opposition, et maintient le jugement qui le condamne à six jours de prison et 300 francs d'amende.

— M. le docteur Albert Chaumonnot, plus connu sous le nom de *Charles-Albert*, autre célèbre anti-syphilitique, rue Montorgueil, n° 21, se portait opposant à un jugement rendu contre lui par défaut, et qui l'avait condamné à 300 fr. d'amende, pour annonces de remèdes secrets. Tout le monde connaît les affiches du docteur Charles-Albert et ses inappréciables découvertes du *bol d'Arménie* et du *vin de salsepareille*. Aujourd'hui, à l'audience, M. Chaumonnot, qui du reste est bien docteur en médecine, et de plus maître en pharmacie, a dit pour sa défense qu'il n'avait rien inventé du tout ; que son bol d'Arménie n'est autre chose que l'*argila rubra* du Codex, remède simple, et son vin de salsepareille qu'une infusion de salsepareille dans du vin, c'est-à-dire qu'un *remède officinal*, que le premier élève fabriquerait aussi bien que lui, et qui se délivre au premier venu dans toutes les pharmacies, à la différence des *remèdes magistraux*. Grâces à ces aveux, qui prouvent un peu tardivement en faveur de la modestie du fameux docteur, le tribunal, tout en confirmant son premier jugement, a réduit de 300 à 200 fr. l'amende prononcée.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

OCTOBRE 1836.

N° 117. — 1er Oct.

HOTEL-DIEU.

Observation d'abcès du cervelet, communiquée à l'Académie de médecine le 27 septembre 1836; par M. Bouvier, agrégé, médecin des hôpitaux.

Le nommé Ancoignard, âgé de 15 ans, avait depuis longtemps un écoulement d'oreille, accompagné de surdité et de maux de tête fréquens. Il fut pris tout à coup de douleurs plus violentes dans le côté gauche de la tête, de vomissemens et de trouble de l'intelligence, et présenta dès ce moment des symptômes si caractéristiques, qu'un médecin que l'on consulta, le déclara atteint d'un dépôt dans la tête et voué à une mort à peu près certaine.

Ce jeune homme entra à l'Hôtel-Dieu le 15 septembre, trois semaines après l'invasion des nouveaux accidens auxquels il était en proie.

Il était dans l'état suivant : Douleur de tête fixe, qui par momens arrache au malade des cris plaintifs; sensibilité d'ailleurs obtuse ; réponses lentes, somnolence ; face pâle, traits affaissés, regard morne et hébété ; écoulement purulent abondant par l'oreille gauche ; surdité de ce côté ; pouls un peu ralenti ; vomissemens ; constipation. Les mouvemens des membres étaient conservés : on remarquait seulement une paralysie incomplète de la paupière supérieure du côté gauche.

Ces symptômes persistèrent les jours suivans sans s'aggraver notablement, et la vie du malade semblait pouvoir se prolonger quelque temps encore, lorque, le 23 septembre, après quelques vomissemens accompagnés d'une grande agitation et des cris aigus, il tomba subitement dans un affaissement complet ; la respiration devint embarrassée, et ce jeune homme succomba huit jours après son entrée à l'hôpital, avec des symptômes d'asphyxie.

On trouva, à l'autopsie, ainsi qu'on l'avait diagnostiqué pendant la vie, une carie du rocher et un abcès dans l'intérieur du crâne. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que cet abcès occupait l'hémisphère gauche du cervelet, quoique rien n'eût pu faire soupçonner la lésion de cet organe. On voit sur la pièce un vaste foyer, qui a envahi les deux tiers externes du lobe gauche du cervelet, et qui contenait, dans l'état frais, plusieurs cuillerées d'un pus assez semblable à celui du phlegmon. La substance qui en forme les parois est ramollie et d'une teinte livide. Le conduit auditif est rempli de végétations rougeâtres.

La carie occupe la base du rocher seulement : le labyrinthe et le nerf auditif sont intacts. Il n'existe point de communication visible entre l'abcès intérieur et le foyer qui répond à la carie. Seulement l'altération de l'os s'étend jusqu'à la dure-mère, dans deux points très-circonscrits des faces supérieure et postérieure du rocher. La dure-mère est, vis-à-vis de ces points, le siége d'une coloration foncée, qui s'étend à sa face interne dans le lieu qui se trouvait en contact avec le cervelet.

Les ventricules cérébraux étaient, en outre, considérablement distendus par une sérosité limpide, et la pie-mère présentait une injection prononcée sous la partie antérieure des lobes cérébraux, principalement à gauche.

Deux circonstances donnent de l'intérêt à ce fait. La première est la séparation presque complète établie par la dure-mère à peine altérée entre deux lésions, dont l'une a dû être l'effet de l'autre, de manière qu'il est difficile d'expliquer par la seule continuité des tissus la transmission de l'affection de l'oreille au cervelet.

La seconde est l'absence de tous les symptômes regardés depuis peu comme un effet des lésions du cervelet, tels que l'exaltation de la sensibilité générale, la perte des mouvemens d'équilibre, l'excitation des organes génitaux. Cette particularité serait-elle due à ce que cette affection s'est développée lentement, ou à ce qu'elle ne s'étendait pas assez loin du côté de la moelle allongée ?

HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES.

Service des blessés. — M. Rambaud, chirurgien aide-major.

Forte contusion à la tête ; accident grave ; emploi du tartre stibié à haute dose ; guérison.

Vingt-quatre ans, brun, constitution athlétique, un fusilier au 2e de ligne, passait le 25 juin dans l'une des rues de Versailles ; un moellon de la grosseur d'une

marmite (au dire de ses camarades), détaché d'une cheminée en réparation, lui tombe sur la tête, brise son shako, qui s'enfonce jusque sur les épaules. Il est emporté sans connaissance et sans mouvement. Le chirurgien du corps arrivé auprès de lui après dix minutes, pratique une saignée du bras à la suite de laquelle il reprend un peu de connaissance; il le fait transporter à l'hôpital. Arrivé à midi et demi, une heure après l'accident, M. Rambaud est appelé et le trouve dans l'état suivant :

Pâleur générale, flaccidité du corps, froid sans frissons, pupilles très-dilatées et insensibles à l'action de la lumière ; vomissemens abondans d'alimens à demi digérés provenant de son repas du matin ; pouls faible, déprimé et d'une lenteur remarquable ; hébétude, quoiqu'il réponde assez juste et par monosyllabes aux questions qu'on lui adresse.

Une large ecchymose occupe tout le sinciput et laisse percevoir au toucher une fluctuation tellement profonde, qu'on croirait presque à l'enfoncement de la voûte du crâne et à la mobilité des fragmens, si une pression assez forte sur la tumeur n'eût pas rectifié cette partie du diagnostic en n'augmentant en rien les accidens.

M. Rambaud fait raser la tête, il fend la tumeur dans toute son étendue antéro-postérieure, dans le double but de faciliter les moyens d'exploration et d'obtenir une émission sanguine locale. En effet, en même temps que cette incision de 4 pouces d'étendue donnait issue au sang demi-coagulé contenu dans la tumeur, la branche postérieure de la temporale, qui avait été coupée transversalement à la partie moyenne et supérieure de la tête, fournit abondamment un écoulement de sang artériel, qu'on laissa librement sortir jusqu'à fournir deux litres environ. Le doigt, promené sur la surface osseuse mise à découvert, ne perçoit aucune fissure ni aucune mobilité de la voûte crânienne.

Le malade est enveloppé de couvertures chaudes ; synapismes aux pieds ; glace sur la tête après la cessation de l'hémorrhagie. Dix gr. d'émétique dans quatre onces d'eau, à prendre par cuillerées à bouche toutes les heures ; limonade pour boisson.

A huit heures et demie du soir, chaleur douce et coloration rosée de la peau ; pouls relevé mais souple et peu fréquent ; idées plus libres, moins de somnolence; un seul vomissement a suivi presque immédiatement la première cuillerée de potion, qui, à cette heure, est achevée. Limonade seulement pour la nuit, et continuation de la glace sur la tête.

26 au matin. Urines claires et abondantes pendant la nuit ; pouls souple, à 75 pulsations ; peau légèrement halitueuse; encore un peu de somnolence. Limonade ; 12 grains d'émétique dans 8 onces d'infusion de feuilles d'oranger ; glace sur la tête.

27. La journée a été bonne ; sommeil la nuit ; pas de vomissement, urines encore abondantes, mais il y a encore de l'étonnement dans le regard ; pouls vif et un peu dur ; sensation douloureuse dans le col et les épaules. Même prescription, à laquelle on ajoute une saignée de 12 onces.

28. Pouls souple et normal ; une garde-robe dans la nuit, plutôt molle que liquide ; toujours point de vomissemens ; encore des urines ; sentiment de courbature générale. Mêmes moyens ; 10 grains d'émétique ; deux lavemens émolliens.

29. Huit grains d'émétique ; soupe grasse qui, malgré l'emploi simultané du tartre stibié, a parfaitement digéré.

30. M. Rambaud cesse toute médication. L'alimentation est progressivement augmentée ; au bout de dix jours la plaie du cuir chevelu est presque cicatrisée ; il ne reste au malade qu'une raideur douloureuse du col et des épaules, qui motive son envoi en congé de convalescence pour trois mois.

Cette observation est remarquable :

1° Par la rapidité avec laquelle des accidens graves ont cédé à une médication active et puissante.

2° Par la tolérance de la part de l'estomac d'une dose déjà assez notable de tartre stibié (52 grains en cinq jours).

3° Par l'action homœopathique du médicament, faisant cesser presque immédiatement les vomissemens symptômatiques.

4° Par sa complète innocuité sur les voies digestives. Nous attirerons aussi l'attention des praticiens sur l'effet salutaire de l'emploi simultané de ce moyen, si mal à propos nommé perturbateur, et de l'émission sanguine locale.

Nous signalerons aussi la manière dont cette émission sanguine a été obtenue. L'incision de l'ecchymose satisfait en même temps à une nécessité non moins pressante, l'exploration des parties.

— L'observation qui précède est sans doute intéressante sous plusieurs rapports. Il est évident d'abord qu'une cause d'une grande puissance n'a produit chez le sujet dont il s'agit, qu'une simple commotion encéphalique de peu d'importance. Une heure après, en effet, le blessé avait repris connaissance, grâce à la présence protectrice du shako et à la direction verticale du corps frappeur. Quant à l'hématocèle sincipitale que le blessé présentait, elle n'est remarquable que sous le rapport de la pratique suivie par M. Rambaud. C'est une grande question que de décider si les tumeurs en question doivent être fendues de prime-abord, et s'assurer en même temps de l'état de la boîte crânienne, ainsi que M. Rambaud vient de le faire, ou bien s'il n'y aurait pas de l'avantage d'abandonner le tout à la nature, et de se contenter d'un traitement médical bien entendu, comme celui de l'observation en question par exemple.

Notre opinion n'est nullement douteuse à cet égard ; nous pensons avec Dupuytren que toutes les fois que la contusion n'est pas accompagnée de symptômes de compression grave, l'incision subite des tégumens crâniens est non-seulement inutile, mais même très-dangereuse quelquefois. Encore dans le cas de compression, l'incision n'est-elle pas toujours indiquée. Tout le monde sait en effet que lorsque Dupuytren traita le premier des banquiers des deux continens, M. R..., d'un enfonce-

ment de la voûte frontale droite, malgré la coexistence des symptômes de commotion et de compression encéphaliques, il se contenta du seul traitement médical et le malade guérit parfaitement.

La saignée locale que M. Rambaud a eu en vue dans le cas ci-dessus, est sans doute d'un grand avantage, et nous l'approuvons fort; mais cet avantage ne peut-il pas être obtenu autrement sans s'exposer aux inconvéniens d'une plaie considérable des enveloppes crâniennes? Nous le pensons; nous adoptons pourtant la pratique de M. Rambaud pour les cas où il y a déjà une plaie accidentelle qui exige un débridement. Dans le reste, le traitement exposé dans l'observation en question est un bon modèle à suivre. (*Note du Réd.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Blessures par une baguette de fusil. Cas curieux.

Dans la petite guerre de dimanche, 25 septembre, un garde national chargeant son fusil, laisse dedans la baguette par mégarde, le fusil prend feu, et la baguette va s'implanter dans la région dorsale d'un officier de la garde nationale, nommé Carrassi, âgé de vingt ans, plein de force, architecte.

La baguette est entrée de haut en bas, de dehors en dedans et de gauche à droite, vers la cinquième ou la sixième vertèbre dorsale, entre les bords de la colonne vertébrale et du tiers inférieur de l'omoplate. D'après la longueur qu'on lui suppose, on présume qu'elle est entrée de 6 à 8 pouces; et à moins qu'elle ne fût déviée, elle a dû pénétrer nécessairement dans la poitrine.

La moelle ne paraît point intéressée; car, excepté la fièvre, il n'y a pas d'autres symptômes généraux. Quatre médecins ont été appelés dans le lieu de l'accident; ils ont fait des tentatives très-violentes, à tort certainement, pour retirer la baguette, mais en vain. A l'hôpital on fait de la médecine expectante, bien que M. Charrière ait proposé d'avoir recours à une machine de son invention; on attend tout de la suppuration.

Nous avons vu encore ce matin, 28 septembre, le malade; nous l'avons trouvé comme hier, mais le mouvement fébrile est plus prononcé et la figure très-animée; il n'accuse que de la faiblesse.

Cet infortuné jeune homme a succombé le 29 septembre.

Autopsie faite 36 heures après la mort.

A cause de l'humidité de l'atmosphère, la décomposition était très-avancée. La baguette avait passé en dedans du bord vertébral de l'omoplate, obliquement dans la gouttière, perforé la base de l'apophyse transverse gauche de la cinquième vertèbre, et en passant à demi-ligne en avant du canal vertébral, avait pénétré dans le médiastin postérieur en glissant sur le ventricule droit, sans intéresser le péricarde; était arrivée dans la cavité droite de la poitrine, en entrant dans la partie antérieure et interne du poumon droit, ainsi que dans le cartilage de la troisième côte correspondante, qu'elle avait percé comme un emporte-pièce, et s'était arrêtée sur la couche musculaire. Elle était ainsi à sept à huit pouces de profondeur.

On trouve un épanchement séro-sanguin dans la plèvre du côté droit. La perforation du poumon était large de manière qu'on pouvait y introduire le doigt; déchirure de plusieurs bronches; pneumonie et engorgement sanguin de la base du poumon droit; quelques traces d'anciennes adhérences.

Le malade, par conséquent, a succombé à une hémorrhagie pulmonaire. Tout autour de la baguette, dans le poumon, on observe un vide, un élargissement formé par l'ulcération, produite elle-même par la présence d'un corps étranger irritant.

M. Velpeau faisait remarquer que le fer servait d'obturateur des vaisseaux divisés; mais on aurait pu lui objecter que dans les mouvemens d'expansion pulmonaire, ce corps devait rester immobile. Tout cela est de la théorie. Ce qu'il y a de remarquable dans cette curieuse blessure, unique peut-être dans les fastes de la chirurgie, c'est l'absence totale de symptômes qui indiquassent la lésion des voies respiratoires, c'est ce hazard singulier qui guida la baguette, sans les offenser le moins du monde, à travers tant d'organes importans, tels que la moelle épinière, le cœur, les gros vaisseaux. On ne fit pas usage de la machine de M. Charrière, dont le mécanisme est analogue à celui d'un tire-bouchon anglais (1). Le doyen de l'expérience chirurgicale militaire était d'avis de ne pas y toucher. On l'essaya sur le cadavre, et la baguette céda aux attrac-

---

(1) Voici la description de cet instrument; il se compose:

1° D'une plaque de tôle emboutie, rembourrée, percée à son centre, et s'adaptant sur l'omoplate;

2° D'un tube de 6 pouces à parois assez solides;

3° D'une rondelle appliquée à la partie inférieure pour prendre point d'appui sur la plaque;

4° D'une traverse au centre de la longueur du tube; à l'extrémité de celui-ci, existent 5 ou 6 filets de vis intérieure, sur laquelle se monte une vis creuse munie d'un T de grandeur à opérer une traction. On fait engager dans ces trois pièces la baguette dont on fixe le bout contre le T de la vis par une pince, un écrou brisé ou même par une virolle, avec une vis de pression, en ayant le soin de maintenir la traverse du tube pour l'empêcher de tourner. Pour opérer la traction en ligne directe ou inclinée, on n'a plus qu'à dérouler la vis à gauche, ce qui fait allonger l'instrument graduellement, avec autant de lenteur, de modération et de force que l'on voudra. M. Charrière a confectionné cette pièce d'après le mode qu'il a proposé pour ouvrir de force et sans secousse les brise-pierre dans lesquels il pourrait s'engager des détritus.

Nota. M. Leroy d'Etiolle, en parlant à M. Charrière de cet accident, lui a communiqué les idées qu'il avait de son côté pour en faire l'extraction.

tions opérées par la machine, sans efforts et sans secousses. Cela pourrait-il faire regretter qu'elle n'ait pu être employée au début de l'accident?

Les tentatives inutiles que les médecins appelés dans le lieu de ce déplorable événement firent pour extraire la baguette, ne tiendraient-elles pas à ce que ce corps pénétrant dans les tissus fait l'office d'une vis par suite d'un mouvement de rotation?

On connaît aussi les cas cités par M. le baron Larrey (Clin. chir., t. Ier, p. 262), et surtout celui si remarquable d'une baguette de fusil qui traversa la base du crâne de part en part. LAZARAS

N° 118. — 4 Oct.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. ANDRAL.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. MALHERBE.

De la chorée.

On appelle ainsi une maladie vulgairement nommée danse de Saint-Guy, du nom du saint qui en délivrait ceux qui en étaient atteints, ou du nom d'une chapelle près d'Ulm, en Souabe, dédiée à Saint-Weit, où venaient se faire guérir, par l'intervention du saint, les malades de cette contrée dans laquelle la chorée règne d'une manière endémique.

Cette affection consiste en des mouvemens continuels, désordonnés, involontaires, irrésistibles, et cet état se prolonge assez long temps, ce qui n'a pas lieu dans les convulsions, dans le tétanos, dans l'épilepsie, maladies dans lesquelles les mouvemens sont de courte durée.

Dans la chorée les désordres portent spécialement sur la motilité, et les cas qui offrent des troubles du côté de l'intelligence doivent être regardés comme exceptionnels.

Siége. On le place dans les centres nerveux, mais dans quelle partie de ces centres? Ici viennent les théories: les uns veulent qu'il soit dans cette partie de l'encéphale, qui préside à la coordination des mouvemens, dans le cervelet; d'autres lui font envahir les parties blanches centrales seulement; d'autres enfin le mettent dans la moelle épinière, et parmi ces derniers, il en est qui ne lui reconnaissent d'autre champ que celui qui peut lui être offert par la partie antérieure de la moelle rachidienne; conséquence de cette opinion qui fait servir au mouvement les nerfs émanés de cette même portion antérieure, ceux provenant de la portion postérieure étant réservés au sentiment qui demeure étranger à la maladie.

En définitive, on ne peut affirmer autre chose, sinon que la chorée a son siége dans les centres nerveux.

Après s'être évertué à assigner un siége à la chorée, on a voulu savoir quelles lésions, quelles altérations organiques la produiraient. Ici, il n'est pas indifférent de faire observer que l'anatomie pathologique a fait ses recherches sur des individus choréiques, mais dont la mort était due à une autre cause qu'à la chorée, car celle-ci n'entraîne pas ou presque jamais la perte des sujets.

Quoi qu'il en soit, qu'a t-on trouvé sur le cadavre? Les membranes ou enveloppes des centres nerveux infiltrées de sérosité, injectées de sang; on a constaté encore des ramollissemens, des tubercules, des hypertrophies, etc. Mais ces désordres peuvent déterminer mille autres phénomènes que ceux de la chorée; donc ils ne sont pas des causes constantes de cette affection; mais ces états morbides ont été rencontrés dans tous les points des centres nerveux; leur siége n'est donc pas mieux déterminé que leur nature, ils n'ont donc pas de valeur positive dans le cas qui nous occupe.

M. Serres a recueilli quatre observations dans lesquelles les lésions se sont montrées identiques, non sous le rapport de leur nature, mais relativement à leur siége qui était dans les tubercules quadrijumeaux.

D'autres observateurs ont été bien moins heureux dans leurs recherches: ainsi, chez les choréiques dont il a fait l'autopsie, M. Rufz n'a pu arriver à trouver ces tubercules altérés. M. Rostan a ouvert une femme de 50 ans, choréique depuis long temps, et n'a rien rencontré.

Concluons donc que dans l'état actuel de la science, les lésions auxquelles se rattachent la chorée sont inconnues. Ces lésions peuvent d'ailleurs être de simples coïncidences, de pures complications; elles peuvent même ne pas exister, puisque, malgré l'investigation la plus attentive, la plus minutieuse, on n'a, dans bien des cas, découvert aucune trace d'altération.

C'est donc par l'observation des symptômes que nous arrivons à faire de la chorée une maladie des centres nerveux, une névrose.

Causes. Comme toutes les autres névroses, celle que nous étudions peut se développer sans cause connue. D'autres fois, elle se montre sous l'influence de quelques circonstances qu'il est possible de saisir, d'apprécier.

Si l'on s'adresse au monde extérieur, qu'on lui demande le nombre des causes qu'il fournit à la chorée, il répondra par une récapitulation bien courte. A peine trouve-t-on quelques cas de chorée résultant de violences extérieures portant directement sur le système encéphalique; on n'en a cité que deux exemples.

Le climat, l'état de l'air atmosphérique, n'ont guère plus d'influence sur la production de cette affection. Cependant on la remarque peut-être plus souvent dans les temps de chaleur.

Le cadre des causes provenant de l'intérieur est au contraire assez étendu; ainsi toutes les altérations du système nerveux central peuvent être admises comme occasionnant la chorée; toutefois, faut il qu'il y ait prédisposition.

Les modifications nombreuses et variées dont le cerveau est susceptible, sous le rapport du moral, la déter-

minent fréquemment. C'est ainsi que la frayeur surtout, et principalement chez les enfans, que la colère, que les chagrins, les passions et toutes les perturbations morales plus ou moins vives, plus ou moins subites, la font éclater.

M. Andral a vu un homme de quarante-quatre ans être pris de chorée par suite de la frayeur qu'il éprouva en voyant les alliés sur le sol français.

Certaines maladies nerveuses, telles que l'hystérie, l'épilepsie et autres, ont paru chez certains individus être pour quelque chose dans la production de cette névrose. L'irritation peut aussi lui donner lieu, dit-on. M. Andral pense que cela est bien moins facile que pour les convulsions.

Dans tous ces cas, la cause a agi primitivement sur le cerveau; mais il arrive, comme on l'a observé quelquefois, que des blessures plus ou moins éloignées des centres nerveux font naître la chorée. Certaines inflammations vives en deviennent encore parfois les causes. On a voulu aussi l'attribuer à la présence des vers, ce qui demande à être examiné; car ne se pourrait-il pas qu'il n'y eût que simple coïncidence? Ne voit on pas d'ailleurs des enfans vermineux sans que pour cela ils soient atteints de cette maladie, et *vice versâ?*

Quoi qu'il en soit, il semble que la chorée surgisse le plus souvent par suite d'une excitation cérébrale; mais l'épuisement de l'économie provoque aussi et assez fréquemment son apparition. C'est ce que l'on peut observer dans les convalescences de longues maladies, chez les enfans qu'on a trop débilités par des saignées trop copieuses, par une diète trop sévère; chez les sujets qui ont la honteuse et funeste habitude de l'onanisme.

On conçoit en effet combien de pareilles circonstances sont propres à agir sur le système nerveux, à affaiblir, à épuiser l'innervation. On ne saurait nier que par contre un état pléthorique ne puisse devenir une cause de chorée, mais c'est toujours preuve que de cet état résulte une perturbation quelconque de l'action nerveuse, parce que là encore est ce quelque chose, agent inconnu, auquel se lient les phénomènes, les troubles qui décèlent l'affection dont il est ici question.

La suppression des règles a aussi été rangée parmi les causes de la chorée; mais on la fait intervenir dans un si grand nombre d'affections, que peut-être doit-on y regarder à deux fois avant de l'accuser.

Si nous examinons quel rôle jouent dans la production de cette névrose les tempéramens, les constitutions, nous voyons que les enfans qui en sont le plus généralement atteints sont pâles, bouffis, scrofuleux, rachitiques, irascibles, capricieux, etc.

L'hérédité doit-elle prendre place parmi les causes de la chorée? Quelques auteurs le pensent, et leur opinion sur ce point ne paraît pas, à M. Andral, reposer sur des preuves assez bien établies.

Quant au sexe, on a remarqué, et M. Rufz surtout, a démontré que le féminin est plus disposé que le masculin à contracter cette maladie.

L'âge où elle se montre le plus souvent est entre 6 et 15 ans en France. Dans d'autres pays, c'est entre 9 et 14 ans (J. Franck). Très-rare chez les sujets au-dessous de 6 ans, la chorée va en diminuant chez ceux qui ont dépassé leur quinzième année, se montre de moins en moins commune. C'est donc une maladie de l'enfance, bien que cependant on en ait vu quelques exemples chez des personnes d'un âge avancé (50 et même 70 ans).

N° 119. — 6 Oct.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. Lisfranc.

Considérations médico-chirurgicales sur les ulcères simples, dits atoniques; anatomie pathologique de ces ulcères. (Leçon recueillie par M. Forget, interne.)

Les auteurs ont appelé ulcère atonique la solution de continuité entretenue ou déterminée par l'atonie des tissus sur lesquels elle siége.

Pour justifier cette manière de voir, on a fait observer que l'ulcère occupe le plus ordinairement les membres inférieurs, qui, plus éloignés de l'organe central de la circulation, offrent les conditions les plus favorables à son développement. On a surtout rappelé que sept fois sur dix il siége sur le membre abdominal gauche. On a expliqué ce fait en avançant que le côté gauche du corps était plus faible que le côté droit.

Je n'adopte pas ces idées, dit le professeur, car en admettant que cette prétendue atonie des membres inférieurs présidât au développement des ulcères, pourquoi ne siégeraient-ils pas de préférence sur le pied et même sur les orteils, qui sont encore plus éloignés du cœur que la jambe.

Il y a donc une autre explication à donner. Lorsque je pris le service chirurgical de la Pitié, cet hôpital n'était pas, comme aujourd'hui, un de ceux où l'on voit le plus de grande chirurgie; on n'y rencontrait alors, pour ainsi dire, que des ulcères. Il me fut facile de bien les observer. Je commençai mes recherches avec d'autant plus de zèle que j'avais la conviction que l'histoire de cette maladie était incomplète, et que la connaissance de sa nature pouvait éclairer la thérapeutique, que j'avais vu échouer si souvent.

Comme tous les auteurs, je constatai la plus grande fréquence des ulcères sur la jambe gauche; mais, de plus, je fis les remarques suivantes:

Beaucoup d'individus qui en présentaient de ce côté étaient gauchers. Chez eux les ulcères étaient plus fréquens à gauche qu'à droite. Je les y observai aussi souvent que sur les individus droitiers.

Or, comme les gauchers agissent davantage avec les membres du côté gauche, ceux-ci acquièrent une prédominance de force et de développement sur les membres du côté droit.

Ce n'était donc pas l'atonie du côté gauche qui devait déterminer plus fréquemment l'ulcère, puisqu'il était doué de plus de force que le droit.

Si vous lisez ensuite tout ce que les pathologistes ont écrit sur le développement spontané de la maladie qui nous occupe, vous observerez que son invasion est souvent signalée par les symptômes d'une phlegmasie locale. En effet, elle commence par de la rougeur, de l'augmentation de chaleur ; l'épiderme, soulevé et distendu par de la sérosité, forme une phlyctène qui se déchire et laisse écouler un liquide de couleur roussâtre. L'ulcère formé marche plus ou moins lentement, et offre le plus souvent de l'inflammation sur ses bords, qui sont tendus, durs, rouges et douloureux.

Si ces caractères, tracés par ceux-là même qui ont admis l'atonie des tissus ne suffisent pas pour démontrer l'opposition qui existe entre la nature assignée à la maladie et les symptômes qui annoncent et accompagnent sa formation, le traitement prescrit par les mêmes pathologistes, et qui consiste dans l'usage des cataplasmes émolliens achèvera de vous convaincre.

Pour moi, je regarde l'ulcère simple, dit atonique, comme le produit d'une inflammation gangréneuse *suî generis*, produit dû à la lenteur et à la difficulté de la circulation veineuse ; et vous allez voir que les preuves que je donne à l'appui de mon opinion ne ressemblent en rien à ces vagues théories reposant sur des brouillards, et que les philosophes du dix-huitième siècle ont eu tant de raison de frapper du sceau du ridicule.

On a admis de tout temps des ulcères variqueux produits par la lenteur de la circulation ; le sang stagne dans les veines dilatées et détermine une irritation et une inflammation ordinairement légère, suivie d'ulcérations gangréneuses ; la même cause qui, dans sa plus grande énergie, produit les varices et leurs conséquences, peut, en agissant plus faiblement, favoriser la formation de l'ulcère simple.

Lorsque, par exemple, la veine crurale est ouverte à sa partie supérieure, et que la compression établie pour arrêter l'hémorrhagie empêche la circulation dans la partie du vaisseau située au-dessous de la blessure, qu'arrive-t-il ? Quoique la circulation artérielle continue, la stase du sang veineux engorge et tuméfie le membre, une douleur d'engourdissement s'y manifeste, la caloricité augmente, la gangrène survient.

M. Gensoul, en liant l'artère crurale, en diminuant ainsi singulièrement la quantité de sang que doit recevoir le membre, facilite la circulation veineuse, empêche pour ainsi dire complètement la stase des liquides, et obtient par sa méthode les plus heureux résultats. Cette méthode de M. Gensoul, publiée postérieurement à nos idées sur les ulcères, devient, comme on le voit, une preuve nouvelle en faveur de nos opinions.

Dans les solutions de continuité des jambes, les chirurgiens conseillent de maintenir le membre élevé ; on emploie encore des bandages roulés et des bandelettes agglutinatives, moyens qui facilitent aussi la circulation, et produisent des effets très-avantageux sur les ulcères.

Nous allons exposer d'autres preuves à l'appui de notre manière de voir ; elles démontreront encore que la lenteur et la stase de la circulation du sang produisent les ulcères

Si nous recherchons pourquoi ils occupent plus fréquemment les membres inférieurs et plus particulièrement la jambe gauche, pourquoi ils siégent presque constamment sur sa face interne entre la partie inférieure du mollet et la malléole, nous voyons qu'à moins d'une transposition de viscères, c'est à gauche que la terminaison du canal intestinal où les matières stercorales s'accumulent souvent, passe sur la veine iliaque : cette même veine iliaque gauche est recouverte par les deux artères iliaques primitives qui ne portent nullement sur celle du côté droit. (*V.* le beau travail de M. Serres sur le croisement des vaisseaux.)

Le sang en circulation dans ces deux artères d'un ordre supérieur est mu par une force d'impulsion très-grande et capable de faire jusqu'à un certain point obstacle au cours du sang qui remonte dans la veine iliaque contre les lois de la pesanteur.

M. Serres a démontré l'absence de valvules dans toute la portion de la veine saphène comprise entre le mollet et la malléole interne.

Il nous reste à fournir une dernière preuve, tirée de la thérapeutique.

Comme tous les praticiens, j'avais souvent rencontré des ulcères dits atoniques, dont la largeur et la profondeur ou la rupture extraordinairement fréquente de larges et profondes cicatrices exigeaient l'amputation du membre. Je me demandai si, d'après les faits que je viens d'émettre, on ne pourrait, pas guérir radicalement ces ulcères en pratiquant la résection de la veine saphène par un procédé que nous exposerons plus tard : cette idée me souriait d'autant plus que l'opération faite sur le vaisseau est moins dangereuse que l'amputation même, et que, comme cette dernière, elle ne prive pas le malade d'un membre.

Nous pratiquâmes cette opération avec succès. Dernièrement, vous avez tous vu couché au n° 24 de la salle Saint-Louis, un homme de 50 ans, qui, en 1827, subit cette résection dont il porte des traces indélébiles pour un vaste ulcère atonique siégeant sur la face interne de la jambe gauche : cet homme, commissionnaire en vins, forcé de se livrer à de marches longues et pénibles, est parfaitement guéri, et sa maladie, qui pendant plusieurs années avant l'opération récidivait très-fréquemment, n'a pas reparu depuis neuf ans que nous avons pratiqué cette résection.

Nous exposerons plus tard que la guérison s'obtient dans ce cas par l'oblitération des veines superficielles, et qu'ainsi le sang forcé de refluer dans les veines profondes, ne stagne plus dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans la peau.

Tels sont les argumens anatomiques, physiologiques et thérapeutiques qui rendent très-bien compte d'un fait que la faculté de médecine de Paris avait expliqué par de futiles et ridicules hypothèses, auxquelles elle consacre encore d'ailleurs toutes ses affections.

Mais j'ai avancé que l'ulcère simple dit atonique qui se développait ou qui faisait des progrès était dû à une inflammation gangréneuse *suî generis ;* j'espère vous le prouver dans la prochaine leçon.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux ; recueillies par M. Malherbe.

De la chorée

(Suite du numéro précédent.)

Symptômes. Avoir défini la névrose dont il s'agit ici, c'est déjà avoir signalé à peu près ses phénomènes, ses symptômes caractéristiques. Cependant, vu les formes variées dont elle est susceptible, et d'où suit l'impossibilité de la décrire d'une manière générale, nous devons nous arrêter un peu sur les troubles qui la font reconnaître.

Et d'abord la chorée est générale ou partielle : ce dernier cas est le plus commun. Il n'est pas besoin de dire que dans le premier cas tous les muscles, ceux du moins soumis à l'empire de la volonté, sont intéressés, affectés ; que les mouvemens sont généraux, les secousses continuelles.

Lorsque la maladie est partielle, un côté du corps peut seul être atteint en entier ou en partie ; les deux côtés peuvent encore être pris, quelques points de leur étendue étant en même temps respectés.

Selon M. Dugès, le côté droit est le plus souvent attaqué ; d'autres observateurs dont M. Andral partage l'opinion, pensent au contraire que c'est le côté gauche.

Qu'un seul ou que les deux côtés soient envahis, les désordres varieront selon qu'ils le seront dans telle ou telle partie seulement, ou que l'étant dans leur totalité, on étudiera ce que chaque partie lésée présente d'anormal, de singulier : ainsi la chorée a-t-elle son siége à la tête ? Alors on observera des mouvemens brusques, rapides, irréguliers, bizarres des muscles du front, des yeux, de l'oreille même ; ceux du nez, de la bouche participeront au trouble, et de là mille grimaces, mille contorsions ; le malade semblera rire, pleurer, etc. Que si les muscles du cou sont de la partie, cette région subira tous les modes d'inflexion possibles, la tête se portera en tous sens ; la face peut être tournée complétement en arrière. On a vu un choréique qui frappait son épaule avec sa tête comme avec un marteau.

L'affection occupe-t-elle les membres supérieurs ? Les mouvemens seront de même nature : les mains iront claquer l'une contre l'autre ; les deux membres livrés à la force de contraction des muscles, se rencontreront, se fléchiront sur eux-mêmes, seront ramenés vers le tronc d'une manière plus ou moins violente, et telle qu'il en pourra résulter des contusions. Certains malades frappent l'air ; d'autres exercent des mouvemens de natation ; d'autres encore agitent, soulèvent leurs bras, leurs épaules comme s'ils devaient prendre le vol, s'élever dans les airs. Chez celui-ci, c'est toujours le même mouvement qui s'observe ; chez celui-là le mode en varie ; un jour c'est tel genre, un autre c'est tel autre. Quelquefois un mouvement est commencé par la volonté, la maladie s'y oppose, une sorte de lutte s'engage entre les deux ; puis, si la dernière vient à céder, le mouvement s'accomplit brusquement. Il est vraiment curieux de voir un choréique prendre, par exemple, un verre pour le porter à sa bouche. Quelques malades font sans cesse des mouvemens de répulsion ; il en est qui s'arrachent les cheveux.

Aux membres inférieurs, l'affection se traduit par des phénomènes tout aussi remarquables. Les individus ont une agitation continuelle de ces parties ; il en est dont les chevilles sont meurtries par suite des chocs déterminés par la rencontre précipitée de l'une sur l'autre ; chez d'autres, la jambe se fléchit énergiquement sur la cuisse et va faire battre le talon contre la fesse, de manière à y produire des contusions. Si on regarde marcher ces malades, on en voit qui ne lèvent pas assez les pieds, les arc-boutent contre le sol, et sont sans cesse sur le point de tomber. Quelques autres ont une marche sautillante, ils s'avancent par sauts et par bonds ; certains suivent une ligne diagonale. Il arrive aussi que parmi ceux qui gardent le lit, on soit obligé d'en attacher pour parer aux accidens plus ou moins graves auxquels les expose actuellement leur état nerveux.

Si le tronc est compris, il s'incline, se courbe en différens sens ; les attitudes revêtent diverses formes ; quelquefois même le malade fait des culbutes répétées.

Les muscles de la langue, du larynx peuvent être atteints, et alors la prononciation est difficile, il y a bégaiement ; la voix est altérée, singulière ; les cris du malade ont aussi quelque chose de particulier, de bizarre.

Le pharynx, les muscles de la respiration sont parfois attaqués, et dans ces circonstances, la déglutition est gênée ou impossible ; la respiration pénible, laborieuse ; la suffocation menaçante.

Les muscles des autres parties servant à la vie de nutrition ne sont pas exempts du trouble plus ou moins général. Ceux de la vessie, du rectum, peuvent être lésés, et de là bon nombre de phénomènes divers.

M. Andral ne doute pas que les muscles du cœur puissent se prendre aussi.

La sensibilité paraît peu influencée par la chorée. On trouve cependant quelquefois des malades qui disent éprouver des engourdissemens, des picottemens, des fourmillemens dans les muscles affectés. Dans quelques cas ce sont de véritables douleurs ; mais elles se manifestent rarement, et ne sont qu'un épiphénomène dont on a signalé un cas portant sur l'occiput ; encore a-t-il été bien constaté ?

En général l'intelligence se conserve saine, nette, quoique pourtant, dans des cas, elle subisse de la diminution. On a dit que plus la chorée marche avec cette diminution des facultés intellectuelles, moins il y a de chances de guérison.

La nutrition n'exprime pas de souffrances.

Début, durée, etc. Cette maladie apparaît tantôt d'une manière prompte, subite ; tantôt elle s'annonce

par des prodromes qui consistent en des pleurs chez les uns, des ris chez les autres. Des grimaces, de la morosité, une voix rauque, des soupirs, des mouvemens peu assurés, des chutes fréquentes et qui font crier fortement et à tort à la maladresse, telle est la série des principaux phénomènes qui préludent à son invasion.

Une fois déclarée, cette affection peut persister sans interruption jusqu'à sa parfaite guérison, ou prendre le type intermittent. Elle est modifiée, quelquefois interrompue, disparaît même complétement par le sommeil, par des distractions, des émotions vives, comme la colère, par exemple : preuve qu'elle ne tient pas à une lésion, à une altération grave du cerveau ; preuve que sa cause a quelque chose de mobile et d'inconstant.

Il est d'autres influences qui exaspèrent les symptômes ; ainsi, qu'on examine un choréique, qu'il s'en aperçoive son mal s'exalte, ses mouvemens sont activés ; il y a donc aussi ici excitation par cause normale.

Cette névrose a dans des cas une assez courte durée : ainsi, on la verra se terminer en quelques jours ; tandis que dans d'autres circonstances elle se prolongera des années, toute la vie même. Souvent elle cesse spontanément à l'époque de la puberté. Rarement ses suites sont funestes ; cependant il arrive parfois qu'en s'éteignant elle-même, elle est remplacée par une autre maladie telle que l'épilepsie, l'hystérie, l'aliénation mentale.

Traitement. — On a varié beaucoup dans les moyens thérapeutiques dirigés contre la chorée : nous allons énumérer les plus usités.

Les émissions sanguines générales ou locales sont employées ; mais il est évident qu'on ne saurait les conseiller indistinctement sans danger. On n'ira pas assurément saigner un sujet débile, anémique, comme on le ferait chez un individu fort, pléthorique, avec des signes de congestion : celui-ci réclame positivement l'ouverture de la veine ou l'application de sangsues, toutefois encore faut-il en user sagement, et on peut dire à cette occasion : *Non, in eodem morbo, idem remedium.*

M. Andral pense donc que les évacuations sanguines ne sont bonnes que dans quelques cas, et qu'elles ne donnent jamais lieu à une guérison complète. Selon M. Guersant, elles seraient plus nuisibles qu'utiles.

Des auteurs disent avoir guéri cette affection avec les purgatifs. En Angleterre, on en tire encore un grand avantage ; mais pour en obtenir de bons effets, il faut les continuer longtemps et les répéter souvent.

L'émétique à haute dose compte quelques succès (M. Breschet).

Les antispasmodiques, les narcotiques, les anthelmentiques, lorsque cette névrose est causée par des vers intestinaux, ont leur avantage.

On a eu recours à des agens plus ou moins empiriques : ainsi, en Allemagne surtout, on a administré le chlorure de zinc à la dose de 2 à 4 grains, le muriate et le sulfate de cuivre ammoniacal, le sous-carbonate de fer, le nitrate d'argent, l'acide prussique, le colchique, le narcisse des prés, sur lesquels on a longuement écrit. Le galvanisme, l'électro-puncture ont encore été mis a contribution. Les révulsifs ont été employés de diverses manières, selon que ceux qui les prescrivaient avaient telle ou telle opinion sur le siége du mal.

Les bains tièdes, froids, ceux de mer dont la réputation est méritée, les bains de surprise, l'immersion rapide du corps dans l'eau froide répétée plusieurs fois ; les affusions froides en pluie avec un arrosoir, sur la tête ou sur le corps, selon les cas, sont surtout les meilleurs moyens à faire servir contre cette névrose : leur emploi, soutenu ou non par l'administration de quelques antispasmodiques, de la valériane particulièrement, a valu au grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à l'immortel Dupuytren, des guérisons nombreuses.

Enfin M. Baudelocque qui dernièrement a fait l'essai des bains sulfureux, leur accorde une grande confiance. Faut-il ajouter que si la maladie se montre intermittente, le quinquina pourrait amener d'heureux résultats ?

N° 120. — 8 Oct.

HOTEL-DIEU.

Autoplastie faciale. Heureux résultat.

Un enfant âgé d'une dixaine d'années, portait depuis l'âge de quatre ans, une énorme brêche à la face du côté gauche. Un coup de fusil chargé à plomb qu'il avait reçu à bout portant avait détruit la plupart des parties molles qui couvrent l'espace compris depuis la racine du nez jusqu'à l'angle buccal du côté indiqué. Les cavités, par conséquent, de la narine et de la bouche étaient restées béantes d'un côté. Outre la difformité horrible à voir, la salive, la boisson, le manger et les mucosités nasales s'écoulaient continuellement en grande partie au dehors ; la voix était considérablement altérée, et la santé générale en avait éprouvé à la longue une sérieuse atteinte ; l'enfant était en quelque sorte rabougri et d'apparence maladive. Des cicatrices multiples et calleuses entouraient naturellement cette espèce d'antre naso-buccal.

Conduit dans le service de M. Blandin, cet enfant a été soumis à plusieurs opérations successives. Il s'agissait de rapiècer par la peau du front, de la tempe et des autres parties environnantes les différentes lacunes que nous venons d'indiquer.

Il y avait par conséquent là, non seulement de la rhinoplastie à faire, mais encore de la chéiloplastie et de la génioplastie à la fois.

Cinq séances ont été nécessaires pour cela. Il serait trop long d'exposer ici avec détail les particularités de chaque opération. Nous nous contenterons de faire seulement remarquer :

1° Que le demi-nez a été confectionné avec la peau du front ;

2° Que la demi-joue a été créée avec un énorme lambeau de la peau du crâne, ayant plus de six pouces de longueur et un et demi de largeur ;

3° Que la demi-lèvre supérieure a été empruntée à la peau de la mâchoire inférieure.

Ces manœuvres ont été calculées et exécutées avec beaucoup d'habileté, et elles ont si bien réussi que nous félicitons sincèrement l'opérateur du beau résultat qu'il a obtenu. Non seulement toutes les brèches se trouvent actuellement bouchées, et la difformité rendue très-supportable, de hideuse qu'elle était, mais ce qui est plus important encore, la prononciation, la mastication et la déglutition ont été de la sorte restaurées à leur tour.

Ce petit malade vient d'être présenté à l'Académie de médecine, et il a avec raison excité l'intérêt général. Ce qui est surtout remarquable à son égard, c'est de voir au milieu d'une demi-*face d'arlequin* une bande transverse de peau couverte de poils courts et forts comme un beau favori de huit jours. Cette languette de peau poileuse est celle qu'on a tirée des tégumens crâniens, du côté de la tempe.

Il est donc prouvé, par ce fait, que les poils ou plutôt les bulbes des cheveux qu'on transplante avec la peau qui les contient ne s'atrophient pas toujours, ainsi que M. Dieffenbach l'avait prétendu. Il est bon cependant d'ajouter que, d'après les principes autoplastiques établis par M. Blandin, dans son excellent travail sur cette matière, les lambeaux transplantés sont beaucoup plus vascularisés et par conséquent plus animés que lorsqu'on opère d'après les données du chirurgien prussien.

On sait, en effet, que M. Dieffenbach attribue la mortification de chaque lambeau autoplastique à la congestion consécutive du sang dans son tissu. Aussi établit-il en principe de découper la pièce de manière qu'elle ne contienne pas de vaisseaux considérables, de la faire abondamment saigner avant de l'appliquer et de l'asperger souvent d'eau froide, afin de prévenir la stase sanguine dans son intérieur.

M. Blandin, au contraire, s'est efforcé de prouver l'utilité du précepte opposé. Déjà dans son traité d'anatomie, il s'était attaché à prouver tout l'avantage qu'on pouvait retirer pour l'autoplastie faciale de la connaissance précise de la marche des artères des différentes régions de cette partie, et principalement de celles du crâne, en donnant pour précepte général de couper le pédicule du lambeau dans le sens même de la marche naturelle des artères, c'est-à-dire, que l'axe longitudinal du lambeau fut toujours parallèle à l'artère principale qui l'avoisine ou le parcourt. Il a ensuite mis plus en évidence et démontré expérimentalement l'utilité de ce principe dans son ouvrage spécial sur l'autoplastie.

Le fait que nous venons de rapporter à justifié pleinement la bonté des idées émises par M. Blandin à cet égard, car le lambeau poileux ci-dessus indiqué a été coupé de manière qu'il renferme l'artère temporale toute entière.

—

Fractures du radius. Perfectionnement de l'appareil de Dupuytren.

Nul doute qu'une fois bien saisie, une indication thérapeutique ne puisse bien être le plus souvent remplie de différentes manières, pourvu qu'on ne s'écarte pas de l'idée fondamentale. Cette considération peut exactement s'appliquer à l'appareil de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Dupuytren ayant démontré expérimentalement l'avantage d'une idée déjà émise par Cline et A. Cooper, concernant le traitement de cette lésion, savoir : d'incliner fortement la main dans l'adduction, c'est-à-dire du côté cubital, inventa dans ce but son attelle courbe ou cubitale que tout le monde connaît. Plusieurs praticiens se sont alors empressés d'arriver au même but par des chemins différens. Celui-ci a inventé des coussinets carrés, triangulaires, ou je ne sais de quelle autre configuration, pour remplacer l'attelle cubitale. Celui-là substitue à cette attelle une petite éclisse droite en bois, avec un paillasson sur le bois cubital, de manière à pouvoir, avec une bande, tirer la main dans le même sens. Un troisième s'est avisé de faire une sorte de mécanique qui agissait dans la même intention, et ainsi de suite. Les idées de Dupuytren à cet égard cependant sont restées inébranlables au milieu de ces inventions nouvelles, comme un tronc à racines très-profondes sur lequel sont venus s'enter plusieurs rameaux nouveaux, et vivre pendant quelque temps aux dépens de sa sève, sans rien ôter pourtant à sa vigueur primordiale.

Nous ne voulons pas conclure de là que l'attelle cubitale de Dupuytren ne puisse être avantageusement remplacée par quelque autre moyen beaucoup plus simple que ceux qu'on avait imaginés jusqu'à ce jour. L'invention que M. Blandin vient de faire à ce sujet nous paraît atteindre parfaitement ce but. Nous nous empressons de la faire connaître.

Pour incliner d'une manière permanente le poignet du côté cubital, M. Blandin a rendu les deux attelles de l'appareil ordinaire des fractures de l'avant-bras, d'un tiers plus longues que de coutume. La portion inférieure de ces attelles est courbée latéralement, de manière qu'elles s'appliquent comme à l'ordinaire, sur les deux faces de l'avant-bras jusqu'à l'articulation du poignet; ce qui reste de chaque attelle décrit une forte courbe du côté interne de l'avant-bras, en proéminant de ce côté.

Le bandage est posé comme d'habitude. Une dernière bande enfin sert à ramener la main du côté cubital où la portion carpienne des attelles fait saillie et sert d'appui à toutes ces parties.

Cette modification nous paraît heureuse, et nous la regardons comme un véritable perfectionnement de l'appareil de Dupuytren; nous serions même étonnés qu'on ne l'adoptât pas généralement dans les hôpitaux non-officiels. Nous disons non-officiels, car on sait quelle rouille déplorable nous sommes aujourd'hui obligés de gratter continuellement des murs déserts de ces cli-

niques de l'école, autrefois si resplendissans du reflet de ces hommes qui seuls étaient dignes du nom de véritables cliniciens!

Nous ne terminerons pas cet article sans rappeler une remarque pratique que nous avons déjà faite plusieurs fois à l'occasion des fractures de l'avant-bras. Nous voulons parler de la position à donner au membre qu'on vient de mettre dans l'appareil.

Lorsque vous couchez le membre à plat ou en pronation sur un oreiller, à côté du corps du malade, il est évident que les deux os doivent être nécessairement croisés entre eux; il est évident aussi, par conséquent, que quelle que soit la bonté de l'appareil, les fragmens se déplacent alors, et la réunion doit être plus ou moins défectueuse; tandis que si vous placez l'avant-bras en écharpe, de manière que le membre se trouve entre la pronation et la supination, ou en d'autres termes, que la paume de la main soit appliquée à l'épigastre, les deux os restent parallèles, et le bandage peut agir de la manière la plus avantageuse. Nous avons vu des malades dont la fracture anti-brachiale avait été parfaitement pansée, et qui pourtant ne sont guéris qu'en conservant une certaine gêne dans les mouvemens de pronation et de supination, faute de la précaution que nous venons d'indiquer.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numero précédent.)

Du tremblement.

Cette affection porte sur le mouvement et consiste dans le tremblement des muscles; elle est presque un état physiologique chez certains individus.

Causes. Elles sont nombreuses et variées. Les affections morales, la peur, par exemple, peut déterminer cette névrose chez l'homme comme chez les animaux : c'est une chose singulière que les diverses émotions de l'âme se traduisent à l'extérieur par une modification dans le mouvement. Il y a aussi des causes physiques, le froid en est une assez puissante; des causes pathologiques, telles sont les hémorrhagies abondantes, produisant l'anémie, le typhus, à certaine époque de sa durée, les convalescences de maladies longues, etc. Dans ces circonstances, le tremblement n'indique pas du tout une surexcitation du cerveau, il révèle au contraire une diminution des forces, le défaut de stimulus nécessaire à l'encéphale pour qu'il puisse régler, coordonner les mouvemens et les commander avec précision.

On peut encore donner comme cause de cette névrose des fatigues, des efforts musculaires, des violences extérieures, l'ingestion de certaines substances dont on continue trop longtemps l'usage, comme l'abus des alcooliques, du café, du thé, de l'opium.

Il est un métal qui, absorbé, se mêle au sang, agit sur le cerveau de telle sorte qu'il en résulte un genre de névrose particulier. Cette espèce de névrose porte le nom de tremblement mercuriel; c'est assez dire que le métal dont nous venons de parler est le mercure. Mais si des malades contractent cette maladie par l'effet d'un traitement anti-syphilitique, il faut alors que son usage ait été trop prolongé, et encore les cas seront-ils rares et exceptionnels. Il n'en sera plus de même relativement aux personnes exposées aux vapeurs de cette substance métallique, car c'est son absorption à l'état de vapeurs qui a surtout le privilége de provoquer cette sorte d'affection : aussi les doreurs sur métaux, les étameurs de glaces, les fabricants de thermomètres, et généralement tous ceux qui emploient le mercure, dont la profession exige qu'ils vivent pour ainsi dire au milieu de ses émanations, sont-ils, ou du moins finissent-ils souvent par être atteints. Il est, du reste, un moyen préservatif pour ces ouvriers, c'est l'appareil imaginé par M. Darcet.

On a dit que le plomb causait aussi le tremblement; cette assertion n'est pas exacte.

Quoiqu'il en soit de ces causes, la névrose que nous étudions ne comporte pas toujours le même degré d'intensité; elle est au contraire fixe, invariable dans ses phénomènes symptômatiques.

Elle est d'ailleurs générale ou partielle, et dans ce dernier cas elle peut occuper chacune des parties du corps; la tête, les membres, etc. Elle peut encore se traduire, l'individu étant dans le repos, ou bien se livrant à quelque exercice, se donnant au mouvement. Une forte distraction et une émotion vive la diminuent ou la font disparaître momentanément; si, au contraire, le malade songe à son mal, ou qu'il remarque qu'on le fixe, le tremblement s'accroit, redouble d'activité.

Quelle soit périodique ou continue une fois qu'elle a commencé, cette maladie est susceptible d'une durée difficile à déterminer. Ne dépassant pas par fois quelques heures, on la voit d'autres fois persister des mois, des années, et même ne finir qu'avec la vie.

Lorsqu'elle est due à l'action du mercure, elle s'éteint ordinairement au bout d'un petit nombre de jours, quoique cependant il ne soit pas très-rare qu'elle se prolonge plusieurs semaines, plusieurs mois. Enfin elle peut, faute de soins, durer indéfiniment.

Traitement. Il varie comme les causes qu'il faut combattre. Ainsi, selon que ces causes seront telles ou telles, on aura à diminuer, à remonter, à perturber l'état des forces. Dirons-nous que la première indication à remplir est d'y soustraire le malade toutes les fois que cela est possible? Dans la pensée que le tremblement dépendait d'une modification, d'une lésion de la moelle spinale, on a dirigé sur la colonne vertébrale les agens destinés à détruire le désordre : vésicatoires, moxas,

cautères actuels, ont été promenés sur elle. Les bains, la noix vomique, etc., ont aussi été administrés sans qu'on ait encore pu leur attribuer des effets bien avantageux.

Quant au tremblement mercuriel, il suffit le plus souvent d'éloigner sa cause, que l'on reconnait assez facilement, pour qu'il disparaisse; on prescrit ensuite une diète lactée, des bains tièdes de vapeurs, des bains et boissons sudorifiques, de légers purgatifs, si l'état des voies digestives le permet; mais ces derniers n'ont ici aucune spécificité, et leur efficacité est peu constatée. On a préconisé une autre espèce de spécifique composé de sel de nitre et de fleur de soufre, dont le malade prend chaque soir de chaque un scrupule, puis boit une tisane diaphorétique.

On a essayé les bains sulfureux dans tous les cas. M. Andral leur accorde assez de confiance. On peut, aux moyens déjà cités, aujonter les antispasmodiques, l'éther, le musc, le castoréum, les opiacés, etc.

Nous n'avons rien à dire sur l'anatomie pathologique de cettte affection. Chez des individus morts non pas du tremblement, car cette névrose n'entraîne pas la mort des sujets, mais qui avaient succombé à une complication, aucune lésion à laquelle on puisse rapporter les accidens n'a été observée. Le tremblement est une perversion de l'action musculaire.

N° 121. — 11 Oct.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. Velpeau.

Affection calculeuse vésico-rénale avec péritonite; mort.

P.-A. Bourbon, terrassier, âgé de cinquante-un ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une bonne constitution, est entré à l'hôpital le 2 septembre 1836, et dit souffrir toujours depuis trente ans en urinant. Dans ce long intervalle il n'a eu aucune autre maladie; il vaquait constamment à ses affaires, et ne mangeait d'habitude que des légumes : il n'a jamais été traité; mais depuis sept mois il sent des picottemens et des douleurs dans le pénis, et en outre des coliques et des tiraillemens de côté du ventre; et malgré toutes ces souffrances il continua encore son travail sans faire aucune espèce de traitement, et a gardé son régime habituel.

A l'examen du 4 septembre, il éprouve une difficulté extrême d'uriner, et par le cathétérisme on constate la présence d'un calcul énorme. On prescrit le quart. Le lendemain le malade se plaint de douleurs dans l'hypogastre et tout le ventre; il y a impossibilité d'uriner, insomnie, fièvre, peau chaude, face animée, soif, inappétence, ventre ballonné, forte envie d'uriner.

Le 6, on le sonde, et on sent : 1° que la vessie est contractée; 2° que la sonde s'engage entre les bords du calcul et des parois de la vessie; 3° que le calcul est d'un volume si grand qu'il remplit tout entière la cavité de la vessie; 4° que le calcul bouche le canal de l'urètre, et empêche par conséquent l'issue des urines.

Le chirurgien, poussant avec la sonde en arrière le calcul, il est sorti un peu d'urine mêlée avec du sang. De l'ensemble de ces symptômes, ou phénomènes morbides, on conclut qu'il y avait aussi une cystite intense. Une saignée de deux palettes; un bain; deux pots de limonade citrique édulcorée avec sirop de gomme. Le soir, 25 sangsues sur la région hypogastrique; bouillon.

Le 2 septembre, même état. Toute la nuit le malade était assoupi. Constipation, soif, langue sèche. Le sang qu'on avait tiré la veille était couenneux et contenait beaucoup de sérosité. 40 sangsues sur le ventre, qui est ballonné et resserré vers la ligne médiane; cataplasme émolliens; lavement laxatif.

Le 8, les symptômes les plus affreux de cystite et de péritonite s'observent; des vomissemens de matières glaireuses sont continuels. On prescrit un bain, des frictions mercurielles trois fois dans la journée, 2 gros chaque; bouillon.

Le 9 septembre, ce malheureux succomba à six heures un quart du matin. L'autopsie eut lieu le 10 à neuf heures.

Habitude extérieure. Rien d'anormal. Le rein droit était très-volumineux et bosselé, et on sentait en le touchant une fluctuation. Les bosselures convergeaient le bord externe et convexe, de manière qu'en y enfonçant le scalpel, le pus inonda en quelque sorte les assistans. L'intérieur des parois paraissait plus épais que dans l'état normal, et d'un aspect livide. Les calices et le bassinet étaient remplis de pus. L'uretère correspondant, d'un bout à l'autre, était très-dilaté. En l'incisant longitudinalement, on a trouvé toute la surface interne en suppuration. L'état du rein gauche n'était pas non plus normal. Son volume paraissait atrophié ou réduit à peu près de moitié : on n'y voyait aucune autre particularité. L'uretère du même côté se trouvait aussi dilaté que l'autre, mais sa texture n'était point altérée.

Le calcul occupait toute la cavité vésicale. Son diamètre longitudinal avait deux pouces deux lignes; le transversal, 22 lignes; le vertical 12 lignes. Composition : phosphate ammoniaco-magn., acide urique. Le trigone de la vessie était en pleine suppuration; et tout le reste de cet organe n'offrait que des ulcérations et des dégénérescences lardacées, phlegmasiques, jusqu'à la prostate et aux vésicules séminales qui étaient volumineuses et suppurées. Dans la cavité abdominale, on a rencontré une grande quantité de matière purulente et des coagulations albumineuses.

M. Rayer présent, observait attentivement. On n'a pas jugé convenable d'ouvrir les autres cavités thoracique et crânienne.

Ce cas, certes, n'était pas opérable, et on a bien fait de ne pas songer à l'opération. Les lecteurs de la Lancette se rappellent un malade dont nous avons publié l'observation (tome 8, n° 3), qui avait présenté les mêmes symptômes que celui-ci, et qui cependant fut soumis à l'opération lithotripsique, à laquelle il succomba. La taille et la lithotripsie compteraient infiniment plus de succès, si les chirurgiens se faisaient souvent médecins; ils seraient moins hardis et plus circonspects.

Lazaras.

N° 122. — 13 Oct.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. Lisfranc.

Considérations médico-chirurgicales sur les ulcères simples dits atoniques ; anatomie pathologique de ces ulcères. (Leçon recueillie par M. Forget, interne.)

(Suite du n° du 6 octobre.)

Nous n'insisterons pas davantage sur les raisons anatomiques, physiologiques et thérapeutiques qui nous ont servi, dans la dernière leçon, à vous démontrer la véritable cause de l'ulcère simple : nous en avons dit assez pour vous faire comprendre que la prétendue atonie des tissus doit être définitivement rejetée par tous les esprits rigoureux, quoique certains pathologistes, qui semblent avoir reçu mission de taire tout ce qui se fait en dehors de la coterie, reproduisent encore cette idée.

Occupons-nous aujourd'hui du mode de formation et de la nature de l'ulcère. J'ai dit, dans la leçon précédente, qu'il était le produit d'une inflammation gangréneuse, *sui generis ;* je vais vous donner les preuves :

1° L'ulcère qui s'accroît d'une manière un peu notable répand une odeur particulière de gangrène, qu'il n'exhale plus dès qu'il a cessé de faire des progrès.

2° Ordinairement, quand les malades arrivent dans les hôpitaux et que leurs ulcères s'agrandissent, on y voit tantôt de petites, tantôt de grandes escarres gangréneuses, la suppuration est ichoreuse : si l'on en place une certaine quantité entre le pouce et l'indicateur, et qu'on leur imprime des mouvemens de va et de vient, on sent qu'elle entraîne avec elle un détritus provenant de petites escarres qu'on voit alors et qui avaient été inappréciables à l'œil nu, parce que l'ulcère était moins grave que dans le cas précédent, la surface ne laissant pas voir de tissus frappés de mort.

3° Enfin rappelez-vous que la stase du sang veineux qui, ainsi que nous l'avons démontré, exerce une influence directe sur la formation de l'ulcère simple, a pour effet de produire la gangrène des tissus.

En présence de ces faits que vous êtes à même d'observer chaque jour, il nous sera facile de réfuter certains pathologistes qui, pour expliquer la formation de l'ulcère, adoptent encore la théorie admise par Ambroise Paré et reproduite dans ces derniers temps par Jean Hunter.

L'absorption interstitielle a servi de base à cette théorie, suivant laquelle les vaisseaux lymphatiques absorberaient le solide vivant. Voyez-vous ces vaisseaux lymphatiques, nouvelle espèce à classer au rang des carnivores, dont il ne manque plus que de décrire la forme et le nombre de dents, les voyez-vous, dis-je, assouvir leur voracité sur les tissus, les ronger, les détruire ? En vérité, quand on voit de pareilles idées admises et enseignées dans un temps où les sciences médicales tendent plus que jamais à une rigueur mathématique, on ne peut s'empêcher de répéter avec le poëte latin : *Risum teneatis amici.*

Eh! quelle preuve a-t-on donnée à l'appui de ces idées ? l'amaigrissement : comme s'il était ordinaire d'observer des ulcères chez les personnes qui maigrissent.

Le thymus disparaît, il est vrai, sous l'influence de l'absorption, mais on n'y voit pas d'ulcérations.

Il en est de même des nombreux engorgemens chroniques dont vous nous voyez souvent obtenir la résolution dans cet hôpital.

Il faut donc rejeter à tout jamais cette ridicule hypothèse, parce que nous sommes arrivés à une époque où les théories doivent être déduites de faits bien constatés, et que les faits doivent cesser d'être l'expression des théories, manie dont la médecine est encore entachée, grâce à beaucoup de mauvais esprits dépourvus de toute espèce de logique. Ont-ils vu les vaisseaux lymphatiques, véritables *loups cerviers*, dévorer les tissus ? Non, certes ; mais les vaisseaux lymphatiques ne sont pas moins des animaux dévorans !!!

Passons à l'anatomie pathologique et à la maladie qui nous occupe ; elle est un des points les plus importans à connaître ; car c'est pour l'avoir longtemps négligée que les chirurgiens ont si peu fait pour la guérison des ulcères, tout en multipliant à l'infini les agens thérapeutiques. C'est sur les caractères anatomiques, différens suivant les cas, que nous réglerons presque toujours nos moyens de traitement.

1° Les bords de l'ulcère peuvent être indurés ; cette induration est simple, analogue à celle du phlegmon quand l'ulcère est récent.

S'il existe déjà depuis quelque temps, les tissus indurés offrent l'aspect lardacé, et peuvent avoir subi une transformation squirrheuse. Cette induration s'étend, en surface et en profondeur, à trois ou quatre lignes au-dessous et au-delà de l'ulcère.

2° Quand l'ulcère est ancien, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire, les muscles eux-mêmes, sont lardacés dans une étendue de deux pouces, quelquefois plus, autour de la maladie.

Au-delà de ces limites, la dégénérescence lardacée n'existe plus, mais les tissus sont jaunes et offrent de distance en distance quelques tubercules indurés ; un peu au-delà ils sont colorés d'un jaune serin ; on ne voit plus de tubercules indurés ; plus loin encore, ils sont pâles et infiltrés d'une sérosité, dont la quantité a augmenté à mesure que l'on se rapproche davantage de l'ulcération.

3° Certains ulcères offrent sur leurs bords un décollement de la peau que l'on peut constater en glissant un stylet entre elle et les tissus plus profonds ; la peau offre d'ordinaire, dans ce cas, une coloration violacée. Ces ulcères sont de la nature de ceux qui résistent le plus aux agens thérapeutiques.

4° Si vous fixez maintenant votre attention sur l'aspect qu'offre la surface ulcérée, vous la trouvez sem-

blable à une coupe de tissu cellulaire enflammé sans aucun développement de bourgeons charnus, et qui est en quelque sorte comme tannée; cela se voit ordinairement quand l'ulcère est récent, qu'il a environ dix ou douze jours de date.

5° Dans d'autres circonstances, vous observerez des bourgeons charnus exubérans, qui ne s'élèvent pas beaucoup au-dessus de son fond; mais souvent aussi, semblables à des végétations très-développées, ils ont des racines qui, après avoir envahi le tissu cellulaire sous cutané, plongent dans l'épaisseur des muscles.

6° Assez fréquemment vous rencontrerez une surface rouge, polie, luisante, comme vernissée, donnant au toucher la même sensation que la membrane muqueuse des joues; la dissection de ces ulcères, organisés à la manière de certains trajets fistuleux, permet d'isoler un tissu muqueux accidentel : c'est l'ulcère que j'appelle muqueux.

Avant de passer à la thérapeutique de la maladie qui nous occupe, il est une question importante sur laquelle je veux fixer votre attention :

Doit-on entreprendre la cure radicale de tous les ulcères anciens?

Fabrice de Hilden, Heister, Ledran, pensent qu'on ne doit jamais en tenter la guérison; ils citent à l'appui de leur opinion plusieurs exemples de congestion cérébrale et pulmonaire, de céphalalgie intense, d'apoplexie, de dyspnée survenues immédiatement après leur cicatrisation. Camper, Bell, Bosquillon, veulent dans tous les cas en entreprendre la cure.

Nous n'adoptons, dit M. Lisfranc, aucune de ces opinions exclusivement : vous n'en serez pas surpris, accoutumés que vous êtes à l'indépendance de nos idées et à l'esprit éclectique qui dirige notre thérapeutique chirurgicale. Je pense que le danger qui provient de la suppression d'un ulcère ancien dépend du mauvais état des viscères; que toutes les fois qu'un organe important est livré à une maladie latente, ou chronique, quelles que soient d'ailleurs les précautions que l'on prenne pour obtenir la cicatrisation de l'ulcère, on ne fera que hâter la perte du malade; car l'expérience a démontré qu'alors ordinairement un cautère ne pouvait pas remplacer l'ulcère : aussi je conclus à la nécessité indispensable d'examiner l'état des cavités splanchniques, et surtout des appareils respiratoire et digestif. Sont-ils malades, il faut attendre pour fermer la solution de continuité, la cessation de la maladie.

Il faut aussi se garder de cicatriser un ulcère dont l'apparition a fait cesser un état apoplectique, comme je l'ai observé plusieurs fois chez les vieillards; et dans les cas même où les organes sont sains, où la constitution ne paraît pas avoir fléchi, comme il n'est pas permis d'ignorer qu'un ulcère qui existe depuis plusieurs années est un exutoire devenu indispensable à l'économie, il faut toujours prendre les plus grandes précautions au moment de le supprimer; il faut le cicatriser lentement pour habituer peu à peu l'économie à s'en passer.

On établit un cautère avant que l'ulcère soit fermé, car il faut du temps pour que cet exutoire artificiel, par la sécrétion purulente et l'irritation révulsive qu'il produit, soit arrivé au point de le remplacer.

Il est bon de joindre à ce moyen l'administration des amers, des dépuratifs et des laxatifs légers, au moment où il finit de se cicatriser ou quand il vient de l'être complètement.

Si, malgré toutes ces précautions, une phlegmasie viscérale venait à se développer, vous vous empresseriez d'appliquer la pommade de Gondret sur le lieu qu'occupait l'ulcère, afin de le rétablir promptement.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Clinique de M. Ricord.

Des préparations d'argent dans le traitement des maladies vénériennes.

Dans un mémoire publié depuis quelques mois, M. Serre, professeur à l'école de médecine de Montpellier, ayant préconisé l'usage des préparations d'argent comme un moyen thérapeutique bien supérieur à toutes les médications employées jusqu'à ce jour contre les maladies vénériennes, M. Ricord a cru devoir expérimenter la nouvelle méthode.

Les indications et les formules de M. Serre ont été suivies avec la plus scrupuleuse exactitude, tant pour le choix des malades que pour l'administration de l'agent thérapeutique; toutefois, nous devons avancer que les bénéfices obtenus par ce mode de traitement, mis en parallèle avec ceux qu'offre habituellement la médication employée par M. Ricord, sont bien loin, du moins jusqu'à ce jour, d'assurer la supériorité des moyens proposés par M. Serre sur une série de malades choisis, de manière à offrir d'une façon bien nette les différens accidens des maladies vénériennes et toujours au nombre de trois ou quatre sujets, pour chaque affection.

Les préparations d'argent, suivant la méthode de M. Serre, ont été administrées à doses fractionnées, pendant un temps souvent bien plus long que celui assigné dans le mémoire comme nécessaire à une parfaite guérison, et consciencieusement, pour les symptômes à marche croissante, nous n'avons vu ni arrêt, ni retard; quant aux autres, les périodes se sont accomplies avec ni plus ni moins de lenteur que dans les cas où le repos et une alimentation régulière amènent la guérison de la maladie, ou tout au moins celle du symptôme apparent.

L'examen le plus attentif et l'interrogation la plus minutieuse, n'ayant pu faire découvrir chez les malades soumis au traitement, d'après les formules de M. Serre, aucun effet notable qu'on pût rapporter à l'action du médicament, M. Ricord a essayé des doses plus fortes : ainsi pour l'iodure et le cyanure d'argent, il a prescrit jusqu'à douze grains par jour en trois doses. Nous pu-

blierons plus tard l'effet que produira l'augmentation progressive que M. Ricord suit en ce moment ; mais jusqu'ici, nous pouvons citer quelques observations particulières, d'abord quant à la quantité d'iodure qu'on peut prendre en une seule fois.

— Deux malades couchés dans la salle 8e : Lamothe, âgé de 23 ans, entré le 30 août, 1836, et Bouligni, âgé de 19 ans, entré le 19 août ont avalé par erreur, en une seule prise, six grains d'iodure divisés en pilules, qu'on avait données à chacun pour sa journée. Il ne s'est manifesté aucune action sensible ; ils prennent aujourd'hui douze grains en trois fois.

Quant au relevé des observations que nous avons recueillies jour par jour, un malade couché salle 7, n° 14, et traité pour des chancres à la verge, parut offrir une guérison assez rapide ; mais le jour de sa sortie, il avoua que, voyant son voisin de lit guérir plus vite que lui par l'usage du vin aromatique, il avait, en cachette, partagé le traitement du camarade.

Chez deux individus à tempérament lymphatico-scrofuleux, on a pu noter que la guérison est arrivée peut-être un peu plutôt que par la résolution spontanée. Toutes les autres observations rentrent dans le cadre indiqué.

Voilà quelques faits notés au hasard ; mais nous nous proposons de publier bientôt un résumé de toutes les observations, pour juger la méthode de M. Serre en elle-même et d'une manière comparative.

Quant au mémoire que nous avons cité, il nous a paru remarquable d'entendre M. Serre nommer *guérison rapide* des résultats obtenus dans un temps, pour le moins triple, de celui que réclame, par le traitement ordinaire, la parfaite disparition de certains symptômes. Ainsi, terme moyen, à moins de graves complications, le chancre guérit, à l'hôpital des Vénériens, par le vin aromatique et la cautérisation, d'après les règles posées par M. Ricord, en quinze ou vingt jours au plus ; souvent même des ulcérations de très-mauvaise nature, pour nous servir des expressions consacrées, ont cédé à cette médication en douze ou treize jours ; et M. Serre, qui doit pourtant se rappeler ces faits qu'il a pu constater tandis qu'il suivait la clinique de M. Ricord, peut-il nous donner comme guérison rapide des chancres très-simples guéris en cinquante ou soixante jours ? Cela nous a paru ètrs-extraordinaire. D'un autre côté, les guérisons qu'à obtenues M. Serre par l'iodure d'argent à la dose d'un douzième de grain, comparées aux résultats négatifs des expériences de M. Ricord, nous ont présenté un problême très-difficile à résoudre, à moins d'admettre comme dernière solution possible, d'après la confiance que nous accordons aux travaux faits à Montpellier, que les avantages rapportés à l'action des préparations d'argent, ne soient en grande partie dus à un mode d'administration tout à fait en accord avec la méthode homœopathique.

J.-J.-L. Rattier.

—

N° 123. — 15 Oct.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Clinique de M. Ricord. — *Salivation mercurielle.*

Longtemps dans l'étude des maladies vénériennes on a cherché à produire la salivation comme moyen d'épuration, et l'on croyait alors donner lieu à un émonctoire qui favoriserait la sortie du virus. Quelques praticiens habiles s'aperçurent que cette abondance de sécrétion, loin de soulager le malade, l'arrêtait dans la marche de sa guérison, ou qu'il y avait récrudescence. Schisme alors entre les médecins de l'époque : ceux qui voulaient la méthode par extinction (la non-salivation), et ceux qui voulaient la méthode de la salivation. Il est vrai de dire que dans la plupart des cas, lorsque le mercure fait saliver, la maladie reste stationnaire, si elle n'empire pas ; mais c'est une faute de la médication et non du médicament. Je suis bien convaincu que la salivation est toujours nuisible dans le traitement des maladies vénériennes, et qu'il faut, quand on le peut, l'éviter avec soin. Ainsi, s'il est vrai qu'il faille chercher à ne point l'exciter dans le traitement, il faut bien savoir les principales causes qui la produisent.

Causes. L'humidité, le froid, contribuent beaucoup à faire saliver. Dans son service de vénériens, Sanhez avait remarqué que ceux qui étaient placés près de la porte salivaient plus que ceux qui étaient près du poêle. A Strasbourg, on a observé que l'excessive chaleur y contribuait aussi ; le mauvais état de la bouche, les dents gâtées, les mauvaises gencives, font porter directement le mercure sur la bouche et favorisent beaucoup la salivation. La constipation, un état morbide du tube intestinal, les constitutions lymphatiques, molles, scrofuleuses, sont encore autant de conditions qui contribuent à augmenter la salivation.

Voyons maintenant quelles sont les préparations mercurielles qui portent particulièrement à la bouche. Je placerai d'abord en première ligne les préparations insolubles de calomel, l'onguent mercuriel, puis le protoiodure, le sublimé, etc. Les doses sont très-variables ; les uns salivent à la dose d'un grain ; on en a vu d'autres prendre jusqu'à douze grains de calomel sans aucun résultat. Le temps de développement est très-variable ; mais cependant on peut établir des règles générales. La salivation se produit rarement avant le cinquième jour, plus rarement encore après le vingtième. C'est donc pendant les six ou huit premiers jours qu'il faut porter toute son attention sur l'action du médicament, et surveiller, de près les organes qu'il peut affecter. Des médecins instruits (Villermé, entre autres) ont dit qu'ils avaient observé des stomatites mercurielles six mois et même un an après le traitement. Il peut exister des stomatites avec salivation, sans qu'elles aient eu pour cela de traitement mercuriel antécédent. Pour moi, j'établis, d'après mes propres observations cliniques, que la salivation mercurielle arrive pendant le traitement et non après un espace éloigné, comme quelques-uns l'ont prétendu.

Symptômes. Les gencives commencent d'abord par se tuméfier ; les dents sont agacées, cotonneuses, et quand on ferme la bouche, on semble les rencontrer plutôt qu'on ne le croit ; on a la sensation de corps étrangers, et l'on croit toujours avoir quelques morceaux d'alimens entre les dents ; ce dernier effet est produit par les dentelures des gencives tuméfiées. La mâchoire inférieure est toujours la première prise et le plus longtemps affectée ; et si cette maladie continue, elle finit par envahir les gencives supérieures. A mesure que l'état morbide empire, les bords des gencives blanchissent et forment des ulcérations. Le développement de la dent dite de sagesse favorise souvent la salivation. La face interne des joues se tuméfie et s'infiltre ; un bourrelet qui s'ulcère par la pression continuelle exercée sur lui, s'établit entre les arcades alvéolaires ; la langue qui cherche à fuir dans les intervalles des alvéoles, s'ulcère aussi sur les bords. L'ulcération arrive, en un mot, partout où il y a pression.

Jusqu'à présent je n'ai encore rien dit des amygdales, du pharynx, de l'isthme du gosier, des piliers du voile du palais ; Il est très-vrai qu'ils en sont frappés, mais ce n'est jamais par eux que commence la salivation : c'est toujours par les gencives.

Aux accidens déjà signalés s'ajoute un mouvement fébrile qui n'est pas d'invasion, et il est rare de le voir précéder. Nous arrivons à la partie la plus importante de la question. La sécrétion de la salive est augmentée d'abord sans altération de produit ; mais à mesure que la maladie augmente, la salivation devient très-abondante et très-fétide. C'est seulement par son passage dans la bouche qu'elle acquiert cette dernière propriété, car la salivation mercurielle n'est pas une affection des glandes salivaires, comme on pourrait le croire : la salive, dans ce cas, est à la bouche ce qu'est la bile au canal intestinal dans la duodénité. Il n'y a jamais gonflement des glandes, et ce n'est pas seulement le toucher qui vient à l'appui de cela, mais dans différentes autopsies on a trouvé les glandes à l'état normal ; pourtant quand la maladie a été très-longue, les glandes s'enflamment un peu, mais cela n'arrive que par voie de succession. Il y a un autre symptôme successif qui offre plus d'intérêt ; je veux parler de cette sécrétion sébacée, fétide, du tartre enfin qui produit l'effet de la potasse caustique sur tous les points avec lesquels il se trouve en contact. Les dents s'ébranlent de plus en plus, les ulcérations font des progrès, les parties cutanées de la face sont quelquefois frappées d'érysipèle, et, si la maladie est grave, la gangrène survient ; mais avant d'arriver à cette fâcheuse extrémité, voyons la terminaison la plus ordinaire. Discutons d'abord la valeur du nom. On l'appelle *ptyalisme mercuriel.* Cette dénomination est mauvaise, car ce n'est pas au point de départ, mais bien à un symptôme, un épiphénomène de la maladie qu'on fait ici allusion. Or, le nom de stomatite mercurielle est plus correct ; il est, puisque le mal est aux gencives, plus en rapport avec les lésions anatomiques, et comme la maladie a quelque chose de spécial, il faut lui conserver ce nom.

Terminaison. La maladie peut se terminer par délitescence ou par résolution ; elle peut aussi arriver à se tarir graduellement ; l'ulcération est la terminaison la plus ordinaire ; la plus fâcheuse est la gangrène de la face interne des joues, des gencives ; et, jointe à l'érysipèle, la perforation de ces parties. J'ai eu un malade qui a totalement perdu la langue ; un autre la moitié ; un autre enfin la muqueuse de la face interne des joues. La mort peut devenir la conséquence de cette terminaison, ou bien encore une difformité si grande (telle que la perte d'une partie des os des mâchoires) que la mort serait quelquefois préférable. Le marasme est fréquemment la conséquence des grandes salivations : on a vu la mort arriver par la perte d'une trop grande quantité de salive.

Diagnostic différentiel. Quand on arrive auprès d'un malade qui salive, on doit s'informer de ses antécédens, par exemple, s'il prend du mercure, s'il en a pris, s'il est constipé, etc. L'haleine est fétide ; elle a une odeur métallique qui appartient surtout aux stomatites mercurielles. Ce dernier point n'est pas un signe pathognomonique exclusif. Il y a en même temps gonflement œdémateux des parties malades ; les gencives infiltrées s'ulcèrent les premières ; cependant il n'y avait rien dans la bouche avant l'administration du mercure ; on ajoute tous ces signes et on a un diagnostic, sinon certain, du moins rationnel ; mais, dans tous les cas, il ne faut pas affirmer que la maladie soit causée par le mercure : il y aurait trop de présomption. La salivation a un terme presque sûr en éloignant la cause, et c'est bien dans ce cas qu'on peut dire : *Sublatâ causâ, tollitur effectus ;* car quand on suspend la médication, la stomatite a la plus grande tendance à guérir d'elle-même, contrairement aux autres stomatites ulcéreuses.

Le point capital c'est la présence du mercure, et dans ce cas, c'est d'avant en arrière qu'arrivent les accidens mercuriaux que vous ne confondez jamais avec les ulcérations syphilitiques, desquelles, à part quelques exceptions que l'on peut très-bien apprécier, on peut dire, en thèse générale, que les accidens marchent d'arrière en avant. Dans les affections syphilitiques, ce sont les amygdales, l'isthme du gosier, les bords de la langue qui sont premièrement affectés ; ajoutons à cela la lenteur de leur marche ; tandis qu'il y a très-grande rapidité, marche aiguë dans l'affection mercurielle.

Pronostic. Le pronostic n'est pas grave ordinairement, mais il peut le devenir pour ceux qui veulent que l'affection soit toujours mercurielle.

Traitement. Il faut d'abord, comme je l'ai déjà dit, éloigner les causes, par conséquent suspendre le mercure, surveiller les malades de près quand on administre la médication, et surtout lorsqu'on augmente les doses ; les voir tous les quatre ou cinq jours et les tenir à une température moyenne ; il faut éviter le froid, surtout celui des pieds ; veiller à la liberté du ventre ; mais il faut principalement, comme je vous l'ai déjà fait remarquer surveiller la bouche. Quand on s'aperçoit de la présence du tartre, il est nécessaire de l'enlever avec soin : il faut surtout insister sur cette pratique. Diffé-

rentes méthodes, divers moyens curatifs ont été proposés dans les cas de stomatites mercurielles; on a cherché à neutraliser le mal, et pour cela on a vanté le soufre. Cette médication souvent essayée n'a jamais fourni de bons résultats. L'opium a été préconisé; bien qu'il soit excellent pour calmer, il est d'un très-mauvais usage, à cause de la constipation qu'il produit. L'iode a aussi été proposé, mais il est sans aucune espèce d'action. Les purgatifs sont bons comme médication indirecte, c'est-à-dire en éloignant une des conditions qui entretiennent le plus la maladie. Comme médication locale, on a conseillé l'acétate de plomb en gargarisme; mais il est bien peu efficace. On a encore employé les chlorures liquides, les chlorures de chaux, par exemple, l'alun en poudre ou en solution, les gargarismes fortement opiacés, les astringens, le ratanhia, le quinquina, enfin la glace et les antiphlogistiques.

Sans entrer dans de plus grands détails, voici les moyens que j'emploie dans ma pratique : Après avoir établi la liberté du ventre et la propreté de la bouche, je promène sur toutes les parties affectées un pinceau chargée d'acide hydrochlorique pur. J'ai toujours reconnu ce médicament pour être le plus efficace, le plus puissant, le plus énergique et le plus cicatrisant de tous ceux employés jusqu'à ce jour. Il faut prendre bien garde de ne pas toucher les dents. On obvie à cet inconvénient en faisant gargariser le malade avec de l'eau froide, ou bien en tenant d'une main un morceau de linge fin avec lequel on essuie les dents du malade à mesure que l'on promène le pinceau. Il faut toucher les ulcérations profondément, et les gencives superficiellement.

J'ai souvent réussi avec cette médication, et depuis cinq ans que je l'emploie, je n'ai jamais eu d'accidens graves; mais ce n'est pas une raison suffisante pour ne pas employer les autres moyens, tels que la saignée, la glace sur les joues, etc. Mais il faut absolument abandonner l'affection syphilitique pendant le traitement de la stomatite mercurielle. A. Trenille.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

Cinquième leçon. — *Hydrophthalmie.*

§ 1er *Généralités.* L'hydrophthalmie (hydropisie ou hydranose oculaire, *hydrops oculi*, *hydrophthalmus*, buphthalmie, *buphthalmus*, ou œil de bœuf) peut être définie une augmentation de volume de la sphère oculaire par suite d'une sécrétion morbide d'humeurs dans ses différentes chambres. Cette définition ne permettra pas de confondre l'affection dont il s'agit avec quelques autres qui lui ressemblent en apparence, telles que les tumeurs fongueuses de la rétine et des autres tissus intra-oculaires, l'exorbitisme ou l'exophthalmie, le staphylôme, etc. Dans ces dernières, en effet, la maladie, ou elle ne consiste pas dans un épanchement humoral, ou bien elle réside en dehors de la coque oculaire. Il est juste d'ajouter cependant que l'hydropisie de l'œil peut quelquefois être jointe à l'exophthalmie, ainsi que j'en ai vu des exemples. Dans ce cas, l'hydrophthalmie est presque toujours consécutive à l'exorbitisme.

L'énoncé qui précède fait déjà pressentir pourquoi je place l'hydrophthalmie dans la classe des maladies de la totalité de l'organe.

§ 2. *Variétés.* 1° Considérée sous le rapport de son siége, l'hydrophthalmie occupe, soit les deux chambres antérieures, soit la chambre hyaloïdienne, soit les corridors périphériques, (choroïdo-rétinien, et sclérotico-choroïdien), soit enfin toutes ces parties à la fois sans même en exclure la capsule cristalline. Dans le premier cas, la maladie a reçu le nom d'hydrocapsulite, ou hydropisie de l'humeur aqueuse. Cette variété constitue quelquefois le staphylôme transparent, dont nous parlerons ailleurs. Dans d'autres occasions elle est un symptôme de la kératite chronique. Dans le second, celui de l'hydropisie du corps vitré, celui de l'hydropisie de la choroïde (Wardrop), ou bien d'hydrophthalmie sous-sclérotical ou sous-rétinienne (Mackensie, Lawrence, Middlemore), a été appliqué à la troisième espèce. Mieux vaudrait cependant nommer corticale ou périphérique l'hydrophthalmie dont il s'agit. On a enfin adapté le nom d'hydrophthalmie générale, ou buphthalmie proprement dite, à la quatrième variété.

2° Examinée sous le point de vue de son volume, la tumeur en question est *intrà* ou *extrà* palpébrale, c'est-à-dire pouvant ou non être couverte par les paupières. Cette distinction est de la plus haute importance; car dans le premier cas l'opération n'est pas urgente ordinairement, et l'œil peut quelquefois être conservé, tandis que le contraire a lieu dans le second, ainsi que nous allons le voir.

3° Regardée sous le rapport de son origine l'hydrophthalmie est congénitale ou accidentelle (Lawrence). Bien que rare, la première a déjà été constatée un assez grand nombre de fois. Jungken a vu six frères qui portaient en venant au monde une hydropisie de l'humeur aqueuse, avec un certain degré d'opacité de la cornée. Wares parle aussi d'enfans qui se trouvaient dans le même cas. On sait d'ailleurs que l'hydropisie congénitale de la cristalloïde (cataracte hydatique) n'est pas rare.

4° Considérée sous le rapport de sa gravité, la maladie dont il s'agit est simple, ou bien compliquée de cataracte, d'amaurose, d'opacité ou ulcération de la cornée, de réaction constitutionnelle, etc.

§ 3. *Anatomie pathologique.* Les lésions matérielles de la maladie qui nous occupe doivent nécessairement varier suivant l'espèce à laquelle on a affaire.

A. *Coque oculaire.* 1o Cornée distendue et exagérée plus ou moins dans ses diamètres. Elle offre un certain bombement central qui va quelquefois jusqu'à l'apparence cóniforme. Dans ce cas le sommet du cône est plus ou moins opaque. Tout le disque cornéal peut d'ailleurs être infiltré, plus ou moins ramolli, épaissi ou bien aminci, et laisser ou non apercevoir à travers son tissu le diaphragme irien. Dans quelques cas il est

même ulcéré ; dans d'autres cependant il offre les conditions à peu près normales.

2° Sclérotique ordinairement distendue, plus ou moins amincie, surtout dans son hémisphère antérieur, où elle laisse apercevoir la choroïde à travers son tissu sous la forme d'une teinte noire. L'hémisphère postérieur conserve son épaisseur normale. Sa substance est le plus souvent ramollie et comme macérée (Scarpa).

3° Choroïde souvent ramollie, hypertrophiée, décolorée ou bien détruite en grande partie. Elle est tantôt accollée à la sclérotique, tantôt éloignée. Dans l'hydropisie sous-sclérotidale, elle en est éloignée par une sorte de matière puriforme qui remplit le corridor postérieur ou sclérotico-choroïdien (Zinn, Ware, Lawrence, Mackensie, Middlemore). Elle y est accolée, au contraire, dans l'hydranose du corridor antérieur ou choroïdo-rétinien. Dans mon travail sur l'amaurose j'ai rapporté des faits de cette espèce; j'y reviendrai à l'occasion des maladies de la rétine.

4° Rétine le plus souvent atrophiée, sa partie médullaire étant résorbée. (Wardrop.) Elle est quelquefois déplacée, roulée sur elle-même en forme de cylindre, ou bien cantonnée dans un coin de la chambre hyaloïdienne. (Scarpa.) D'autres fois elle est complétement disparue. Dans l'hydranose sous-rétinienne, au contraire, elle est rapprochée de la pupille et visible comme un disque opaque, qu'on prit une fois pour une cataracte capsulaire. (Wardrop.)

B. *Chambres oculaires.* Dans une période peu avancée de la maladie, les chambres oculaires sont encore intègres. A la longue cependant toute organisation intérieure est détruite, la sphère oculaire est convertie en une sorte de bourse renfermant un liquide inorganique.

D'abord l'iris est poussé en avant et en arrière, suivant que l'hydropisie commence par le corps vitré ou par l'humeur aqueuse ; il se ramollit ensuite, se décolore, se décolle partiellement du corps ciliaire et disparaît même quelquefois, ou bien il acquiert des adhérences morbides. (Synechies.) Les corridors périphériques eux-mêmes sont plus ou moins détruits.

C. *Corps réfringens intérieurs.* 1° Humeur aqueuse tantôt diaphane, tantôt rosacée ou trouble. Sa quantité est ordinairement augmentée du double ou du triple : elle est à l'état normal dans certains cas ; dans d'autres elle est remplacée par une sorte de lavasse de décoction de café ou de tabac, ou bien par une eau lactée (Scarpa); 2° cristallin et sa capsule opaques, adhérens ou déchatonnés, hydropiques ou bien atrophiés, disparus; 3° éponge hyaloïdienne désorganisée, pelotonnée quelquefois dans le fond de l'œil, et convertie en une sorte de substance graisseuse. L'humeur vitrée est tantôt transparente, mais augmentée de volume et coulante comme de l'huile ; tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, toute la chambre vitrée n'est remplie que par un liquide coloré, sanguinolent ou puriforme, ou bien noirâtre comme une infusion de tabac.

Les lésions que nous venons d'énumérer sont toutes prouvées par l'expérience journalière et par une foule de faits publiés qu'il serait trop long de reproduire ici.

Inductions. 1° On a tort de regarder l'hydropthalmie hyaloïdienne comme un surcroît de sécrétion du corps vitré, puisque ce corps est constamment détruit, et que la choroïde est déjà atrophiée ou détruite alors que l'hydropisie continue à faire des progrès ; 2° la source la plus ordinaire de l'eau de l'hydropthalmie est dans la coque ou dans les membranes pariétales de l'œil, et principalement dans la choroïde, dont les vaisseaux abondans laissent transpirer par exosmose la partie la plus liquide du sang. L'iris, le corps ciliaire, la cornée et la sclérotique peuvent aussi contribuer au même résultat. Ces données, qui résultent de l'étude de l'anatomie pathologique, changent tout à fait, comme on le voit, l'étiologie de l'hydrophthalmie.

§ 4. *Etiologie.* On s'accorde généralement aujourd'hui à regarder l'hydrophthalmie comme une affection toute locale (Middlemore, t. 2, p. 475. Lawrence, p. 654). Je pense néanmoins que, bien qu'on ne puisse pas citer un seul fait où cette maladie fût incontestablement ralliée à un principe constitutionnel, tel que le syphilitique, le scrofuleux, etc., ni à d'autres hydropisies, soit splanchniques, soit articulaires, soit sous-dermiques ; les phlogoses oculaires que quelques vices dyscrasiques occasionnent, peuvent secondairement donner lieu à l'hydrophthalmie.

A. Prédisposante. L'enfance occupe ici la première place. Il est d'expérience que l'hydropisie oculaire, comme une foule d'autres affections graves de cet organe, se rencontre plus souvent chez les enfans que chez les adultes et les vieillards. Cela tient probablement à la vascularité très-abondante de la coque oculaire en bas-âge et à la flaccidité de ses vaisseaux.

Les auteurs énumèrent une foule d'autres causes prédisposantes de l'hydrophthalmie que l'état de la science ne nous permet pas d'admettre aujourd'hui.

B. Occasionnelle. 1° Les fluxions oculaires chroniques spontanées ou traumatiques sont incontestablement la cause occasionnelle la plus fréquente. Ayant interrogé très-attentivement les sujets hydrophthalmes que j'ai, dans l'espace de huit ans, rencontrés soit dans les hôpitaux de Paris, soit en ville ; ayant, en outre, examiné minutieusement les faits publiés sur cette matière, j'ai constamment vu que le mal avait été occasionné, soit par une contusion oculaire suivie de phlogose chronique, soit par une ophthalmie déclarée à la suite d'une maladie éruptive aiguë, comme la variole, la scarlatine, etc. La choroïdite, la sclérotite, la kératite se terminent souvent par l'hydrophthalmie, ainsi que nous le verrons ailleurs. Ce que les auteurs ont dit relativement à la suppression des règles, des hémorrhoïdes, des écoulemens blancs, de la rétropulsion des éruptions cutanées, du rhumatisme, etc., comme causes de l'hydrophthalmie, peut donc se résumer dans la proposition générale que nous venons de poser. 2° Des causes inappréciables.

C. Prochaine. Ici, comme dans toute autre hydropisie, la cause immédiate consiste dans un excès de

sécrétion, ou plutôt dans une sécrétion anormale des membranes et des vaisseaux qui tapissent les cavités de l'organe malade. On avait cru jusqu'à présent que les collections hydropiques pouvaient quelquefois dépendre d'un défaut d'inhalation, l'exhalation étant restée la même. Cette opinion ne peut plus être admise, l'expérience ayant prouvé l'excès de sécrétion dans tous les cas (Lobstein, anat. path.). L'oblitération de quelques veines de la choroïde et des autres membranes internes de l'œil pourrait bien quelquefois aussi être une cause d'hydrophthalmie, ainsi que cela arrive pour les autres cavités du corps susceptibles de devenir hydropiques (Bouillaud).

§ 5. *Caractères.* Les caractères tant physiques que physiologiques de l'hydrophthalmie, sont assez nombreux; ils n'existent cependant pas tous à la fois dans chaque variété de la maladie.

A. Physiques. 1° Augmentation de tous les diamètres de la sphère visuelle, reconnaissable au bombement oculaire; d'où résulte une tumeur qui déborde ou non l'enceinte tarsienne ou palpébrale; 2° cornée plus ou moins saillante, plus ou moins côniforme, plus ou moins opaque, permettant ou non d'apercevoir l'iris; 3° chambre antérieure augmentée ou non d'étendue, remplie ou non d'un liquide soit clair, soit coloré; 4° iris naturel ou bien décoloré, concave ou convexe antérieurement, décollé quelquefois, inapercevable dans d'autres: pupille dilatée ordinairement; 5° cristallin plus ou moins opaque, plus ou moins avancé vers la pupille; 6° bourrelet périlenticulaire formé par le corps vitré poussé en avant autour du cristallin; 7° sclérotique distendue, bleuâtre antérieurement, résistante au toucher; 8° conjonctive oculaire relâchée, injectée, ulcérée quelquefois; 9° paupières distendues et extroversées; 10° épiphora.

B. Physiologiques. 1° Début inaperçu, ou bien précédé et accompagné de fluxions oculaires, d'orbitalgie, de photophobie et d'un sentiment de plénitude dans l'œil; 2° myopie progressive et augmentation graduelle du volume de la sphère oculaire; 3° douleurs irradiatives vers l'hémicrâne; 4° motilité volontaire du globe oculaire diminuée ou abolie; 5° pupille peu ou pas sensible à la lumière; 6° vision diminuée ou abolie suivant la période de la maladie; 7° réaction constitutionnelle vers la dernière période de la maladie (Fièvre, douleurs atroces, insomnie, marasme).

Périodes. Il résulte de ce qui précède qu'on peut diviser en trois périodes toute la marche de la maladie. 1° Depuis le but jusqu'au moment où la tumeur est prête à franchir les bords palpébraux. Le bombement oculaire forme ici le caractère principal. La vision est ambliopique le plus ordinairement, elle est amaurotique s'il s'agit de l'hydrophthalmie périphérique. (Nous reviendrons sur cette dernière variété à l'occasion de la choroïdite et de l'amaurose); 2° l'issue de la tumeur par les paupières caractérise la seconde période. Il y a alors ectropion, epiphora et cataracte; 3° la troisième période enfin se déclare lorsque le sommet de la tumeur s'enflamme, s'ulcère et suppure par l'action de l'air. Les douleurs deviennent atroces, et la réaction constitutionnelle ne tarde pas à se manifester.

La durée des deux premières périodes est indéterminée d'un à dix ans. Celle de la dernière n'est que de quelques semaines ou de quelques mois, le mal se terminant bientôt d'une manière quelconque.

Terminaisons. 1° État stationnaire. Il y a des cas heureux d'hydrophthalmie dont le mal s'arrête à la première période, la tumeur ne gênant autrement alors que par la difformité qu'elle produit; 2° guérison complète ou incomplète par la rupture spontanée de la tumeur. En tombant sur le pommeau d'une chaise, une petite fille se frappa l'œil hydropique qui se vida ensuite, et le mal guérit en laissant un moignon utile pour la pose d'un œil artificiel (Louis). La crevasse de la tumeur peut dépendre des progrès de la distension; elle reste quelquefois fistuleuse, et la guérison est incomplète (Wardrop); 3° état progressif, réaction constitutionnelle, mort (Scarpa, Boyer).

§ 6. *Pronostic.* 1° Sous le rapport de la faculté sensitive et de la forme de l'œil, le pronostic est presque toujours grave; 2° relativement à la constitution, il varie suivant que le malade se soumet ou non à l'opération chirurgicale, et suivant la tendance de la maladie pour telle ou telle terminaison. En général, les malades guérissent bien par l'opération, et remplacent leur organe par un œil artificiel. Il faut ajouter néanmoins que l'hémicranie persiste quelquefois même après l'opération la plus heureuse (Boyer).

§ 7. *Traitement. A. Résolutifs.* D'après l'étiologie que nous venons d'établir, on peut déjà prévoir dans quels cas on peut espérer quelque chose du traitement médical proprement dit. C'est lorsque la maladie est encore récente, peu avancée, et que sa cause est parfaitement connue; telle est, par exemple, l'hydrophthalmie accompagnée de photophobie. On combat alors la phlogose par les remèdes ordinaires. Parmi les résolutifs, nous compterons donc: 1° la saignée générale et locale s'il y a indication; 2° les purgatifs mercuriaux (calomel seul, ou joint soit au jalap, soit à la digitale pourprée); 3° les frictions résolutives ou éruptives périorbitaires (pommade mercurielle simple ou ammoniacée, pommade stibiée, huile de croton, etc.); 4° la compression de la tumeur, les vapeurs aromatiques, les lotions spiritueuses ont été préconisées par une foule d'auteurs: ces moyens cependant ont rarement été supportables dans les cas dont il s'agit.

B. Palliatif, pouvant devenir curatif. 1° Les applications émollientes (sachets de fleurs de mauve bouillies dans du lait, et saupoudrées de camphre) ont été utiles entre les mains de Scarpa pour calmer la douleur et temporiser, en attendant que le malade se décidât à l'opération.

2° La ponction simple (ophthalmocentèse) ou bien suivie de la compression. Lorsque la rétine n'est pas encore paralysée, et que la forme de l'œil n'est pas très-altérée, on peut ouvrir la chambre antérieure à sa partie la plus déclive à l'aide d'une lancette ou d'un bistouri à cataracte. La déplétion de l'humeur aqueuse

soulage beaucoup le malade. On peut revenir plusieurs fois à la même opération lorsque le besoin s'en fait sentir, même dans les cas les plus avancés de la maladie (Demours). Quelques praticiens compriment l'œil ensuite à l'aide de quelques compresses et d'un bandage monoculus. Beer assure avoir vu les remèdes intérieurs être plus efficaces après la ponction dont il s'agit. La ponction pourrait aussi dans le même but, être pratiquée sur la sclérotique; mais cette pratique n'est pas toujours innocente, car par la sclérotique on blesse la rétine et quelques nerfs ciliaires. On agit cependant de ce côté avec l'aiguille à cataracte dans les cas d'hydrophthalmie périphérique, ainsi que nous le verrons ailleurs. Du reste, on a vu la simple ponction palliative, répétée souvent, devenir curative à la longue (Nuck, Demours).

3° La fistule artificielle. On ouvre la partie inférieure de la cornée avec la lancette comme dans le cas précédent, puis après on excise avec les ciseaux une partie du lambeau. Le contenu de l'œil se vide par-là petit à petit, et le globe s'atrophie souvent à la longue, ce qui permet ensuite de faire usage d'un œil artificiel.

C. *Curatif.* La plupart des médications qu'on a mises en usage contre l'hydrocèle, ont été aussi employées contre l'hydrophthalmie; 1° la paracenthèse oculaire avec le trois-quart plongé dans le centre de la cornée, ou du côté de la sclérotique. Les uns se contentaient de cette seule manœuvre, les autres faisaient sucer à travers la canule afin de tout vider, ils comprimaient ensuite avec une lame de plomb (Nuck); les autres agitaient la canule en différens sens dans l'œil, afin de provoquer une inflammation adhésive (Woolhouse); 2° l'injection vineuse comme dans l'hydrocèle (Platner); 3° le séton décroissant. On passait avec une aiguille, à travers la cornée, un séton à plusieurs brins séparés, qu'on retirait ensuite successivement à mesure que l'inflammation se déclarait (Ford); 4° la tente. Après avoir ouvert la cornée avec une lancette, on introduisait dans l'œil une tente de charpie ou de linge qu'on laissait pendant quelque temps (Flajani, Manchard). 5° Enfin l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil. C'est le moyen qu'on met en usage de nos jours. Le malade est assis sur une chaise ou bien couché, sa tête fixée convenablement. On plonge un bistouri à cataracte, ou bien un bistouri à abcès, dans la chambre antérieure, et l'on fait un lambeau comme dans l'opération de l'extraction du cristallin. On saisit le lambeau avec des pinces, et on l'excise avec les ciseaux. L'œil se vide en grande partie; si la cristalloïde est saillante devant la pupille, il faut la piquer avec le bistouri, afin de favoriser l'issue du reste du contenu de l'œil. On panse à sec; le lendemain ou le surlendemain, la coque oculaire se trouve complétement vidée d'elle-même. Un travail de suppuration s'établit alors dans le moignon, qui le convertit en un bouton mobile, susceptible de recevoir un œil artificiel, ainsi que nous le verrons ailleurs. Le précepte de plonger le bistouri sur la cornée est de la plus haute importance, l'excision sur le sclérotique ayant souvent entraîné des accidens fort graves (Scarpa). Dans quelques cas rares enfin, l'extirpation de l'œil pourrait être indiquée; c'est lorsque l'hydrophthalmie se trouve compliquée d'un cancer soit de l'œil, soit de la cavité orbitaire; mais, comme on le voit, cette dernière opération ne peut jamais être réclamée par l'hydrophthalmie uniquement.

N° 124. — 18 Oct.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro 120).

Des mouvemens convulsifs partiels.

Plusieurs maladies nerveuses, consistant dans une lésion du mouvement, n'ont pas, pour la plupart, reçu de noms spéciaux. Elles ressemblent plus ou moins aux névroses déjà vues et qui étaient, sinon dans quelques cas, une maladie générale : elles sont partielles, n'occupent que certaine étendue, certaines parties du corps, et ne doivent pas nous arrêter longtemps.

Aucun point de l'économie n'est assuré contre ces mouvemens convulsifs partiels : tête, tronc, membres leur fournissent un siége. Les clignotemens, les soubressauts, les convulsions de la face entrent dans le cadre de ces névroses circonscrites.

Un médecin de Rouen cite une fille de 26 ans, qui fut prise de mouvemens continuels et alternatifs de flexion et d'extension de la jambe gauche, et dont la durée fut de trois ans. La malade se portait bien d'ailleurs; aucun trouble du côté du cerveau ne se manifesta. Au bout de trois ans survint une ophthalmie qui devint chronique, et la première affection disparut subitement.

M. Andral rapporte l'observation d'une femme de 33 ans, qui toutes les cinq ou six minutes, avait des contractions générales involontaires qui persistèrent pendant deux ans, après lesquels elles cessèrent insensiblement. Des frictions avec la pommade stibiée furent faites sur la colonne vertébrale.

Lorsqu'une contraction partielle et permanente s'attache à quelque partie du corps, il en résulte des changemens de forme, de volume, de rapports, etc., dans ce point de l'économie.

Dans des cas, on trouvera sans doute des lésions, soit du cerveau, soit de la moelle rachidienne, qui expliqueront amplement les phénomènes observés pendant la vie : mais peut-on se flatter d'en rencontrer toujours? Non, certes, et s'il en existait constamment, ces désordres qui se montrent à l'extérieur se termineraient-ils si brusquement dans un assez grand nombre de circonstances? Tout rentrerait-il si heureusement dans l'ordre? Peut-on et doit-on faire de ces maladies autre chose que de simples névroses?

Cette contraction continuelle dont nous venons de parler, s'est vue à la face, à la bouche, aux muscles des mâchoires, et alors les individus grimacent de diverses manières, selon les muscles qui sont pris. Chez l'un, la bouche est distordue; un autre a les mâchoires fortement resserrées (trismus); tel autre présente une bouche béante. Semblable trouble se remarque du côté du cou chez certaines femmes hystériques pendant leurs accès, ou dans les intervalles qui les séparent, et on conçoit combien les attitudes, les inflexions, les positions de la tête doivent être variées.

M. Andral a vu une fille hystérique, atteinte de contraction telle que la tête était penchée d'un côté, et les regards dirigés de l'autre. Cet état ne fut que de quelques jours. Est-il probable qu'il y eut altération matérielle de l'encéphale?

Vers les membres supérieurs, on est frappé de voir des malades jusqu'alors bien faits, paraître tout à coup avec une épaule plus haute que l'autre, et le lendemain les avoir toutes deux de niveau. Est-il moins surprenant que la maladie saute pour ainsi dire d'un côté à l'autre, cela instantanément et d'une manière spontanée? Les muscles du bras, de l'avant-bras peuvent être le siége de pareilles contractions, d'où une foule de positions qui durent de quelques minutes jusqu'à un grand nombre de jours quelquefois, puis cessent subitement en même temps que leur cause.

Aux membres pelviens, pareilles modifications dans l'action musculaire.

Du côté du tronc, on le retrouve encore. M. Andral a été consulté par une jeune fille dont le torse était incliné, courbé à droite de manière à former presque un angle aigu avec les membres inférieurs. La jeune personne était depuis longtemps déjà dans cet état; du reste, aucun dérangement dans toutes les autres fonctions. Le célèbre praticien auquel on s'est adressé, pense qu'il n'y a qu'une simple gravité, dont les conséquences ne doivent point faire naître de craintes, et qui guérira un jour.

Les muscles qui du tronc vont aux membres thoraciques ou pelviens, sont susceptibles de contractions de cette nature et capables d'en imposer pour des luxations. Chez des femmes, on a vu assez souvent un membre inférieur raccourci avec la pointe du pied en dedans, et le raccourcissement être porté à deux pouces. Si vous les interrogez sur ce qui a pu produire ce phénomène, les causes ne manqueront pas, elles vous en désigneront mille, tandis qu'il n'y en a point de connues. Ne vous laissez pas non plus abuser par l'apparence du déplacement des parties osseuses; elle n'est que feinte et n'a rien de réel; il n'y a là qu'un état spasmodique des muscles qui a pour effet le rapprochement de la hanche et des côtes du côté affecté. On arrive bientôt à un diagnostic certain par rapport à la prétendue luxation, si l'on mesure la distance du grand trochanter à la rotule, celle du premier de ces deux points à la crête iliaque, celle enfin de cette dernière partie osseuse aux dernières côtes. Faite également des deux côtés, cette mensuration prouvera qu'entre l'un et l'autre la différence de longueur relative se réduit à celle comprise entre l'iléum et les dernières fausses côtes. Le déplacement des os est donc nul; les surfaces articulaires n'ont pas changé de rapports. Il est peut-être encore une cause d'erreur à signaler; c'est qu'en effet le membre paraîtra quelquefois raccourci, d'après la direction qui lui a été imprimée. L'illusion ne subsistera plus pour peu qu'on prenne les mesures en conséquence.

Dans quelques cas il est possible de détruire le raccourcissement par une traction forte, et de faciliter ainsi le diagnostic. M. Andral a vu à l'hôpital Cochin une vieille femme dont l'observation est bien propre à confirmer son opinion sur la nature des contractions qui nous occupent.

Cette femme avait un membre inférieur moins long que l'autre (il le paraissait du moins), et un beau jour elle surprit le médecin par sa guérison subite.

Une femme avait été aliénée et était revenue à la raison; quelque temps après elle est prise d'essoufflement et de palpitations qui disparaissent et font place à une migraine accompagnée de douleurs au corps; tout à coup survient une paralysie du bras droit, remplacée par un raccourcissement subit du membre abdominal du même côté. Le défaut de longueur fait à son tour devant une perte de la sensibilité cutanée, et au bout d'un certain temps la personne sort enfin de l'hôpital, emportant avec elle une parfaite santé.

Comme bien d'autres névroses, la contraction, sans égard à son siége, peut être intermittente, périodique. Inconstante dans sa durée, elle est quelquefois, comme nous venons de le voir, suivie d'une autre affection nerveuse qui souvent n'est que passagère. Son invasion peut être prompte ou non, et s'annoncer par des douleurs. Le raccourcissement des membres auquel elle donne lieu a été observé sur des femmes principalement, et de l'âge de 15 à 35 ans.

Si on avait l'occasion de faire des recherches sur le cadavre, assurément on n'y rencontrerait pas de lésions du système nerveux. La mobilité, la fugacité de la maladie, ne permettent-elles pas cette assertion?

Traitement. Il se compose des antispasmodiques à l'intérieur et à l'extérieur, de bains locaux ou généraux, simples ou sulfureux; de douches, d'onctions, de frictions avec les préparations de belladone ou de ciguë, de lotions avec le cyanure de potassium, de vésicatoires, de moxas, etc. Les purgatifs, les révulsifs à l'intérieur peuvent aussi être employés.

Du rire convulsif.

Le rire nerveux ou convulsif est quelquefois lié à des troubles nerveux graves, et peut alors inspirer des craintes. Chez un individu qui en était atteint, on ne l'a fait céder que par l'application d'un bandage sur les yeux.

De l'éternument.

S'il est trop violent, trop prolongé, comme on en a vu un cas dans lequel sa durée fut de onze jours, il

deviendra un état de maladie et réclamera l'emploi de moyens propres à le détruire, tels seront les vésicatoires sur les fosses du nez, à la nuque, les vomitifs dans certaines circonstances, etc.

Du hoquet.

Comme les deux sortes de névroses précédentes, celle-ci n'a pas non plus besoin d'être définie pour être reconnue. Qui n'en a été témoin? Qui ne l'a éprouvée?

Rarement le hoquet est un état morbide; souvent il est l'effet d'une ingestion trop considérable ou trop rapide d'alimens. Il n'est pas du tout rare après un repas sans boire; mais il se voit aussi très-fréquemment chez les ivrogues dont l'estomac est rempli, gorgé de vin. Dans tous ces cas il signifie peu de chose. Au contraire, lorsqu'il est symptômatique d'une autre maladie, et on sait qu'il accompagne assez ordinairement les hernies étranglées et plusieurs autres affections, soit cérébrales, soit gastriques, etc., il est en général d'un assez mauvais augure. Il se montre sans cause connue quelquefois, et devient dans certaines circonstances tellement grave et opiniâtre, qu'il constitue une véritable maladie. Il naît aussi parfois à l'occasion de fortes impressions morales.

Un médecin de Rouen rapporte qu'un jeune paysan de dix-sept ans éprouva successivement :

1° Dans le dos une sensation de frottement semblable à celui que produirait une étoffe de soie.

2° A l'épigastre, pareille chose.

3° Le hoquet; tout cela dura deux ans, au bout desquels la sensation indiquée se propagea au col, au bras, aux avant-bras et à la tête. Cependant le hoquet persistait. Plus tard, la même sensation gagna les doigts; plus tard encore il s'y forma des nodosités, et c'est alors que la sensation et le hoquet disparurent.

Traitement. Il suffit ordinairement, pour guérir le hoquet, d'avoir recours à des moyens simples et bien faciles. Ils consistent, par exemple, à suspendre le plus longtemps possible la respiration, à ingérer lentement des boissons froides, glacées, acidulées avec les acides minéraux surtout; à donner la limonade sulfurique, qui jouit d'une grande efficacité, à porter son attention fortement sur un objet étranger, etc. Bien souvent une émotion morale le chasse promptement. D'autres fois on est forcé d'en venir à d'autres moyens plus énergiques. C'est alors qu'on met en usage les antispasmodiques, tels que le musc, la valériane, etc., les opiacés, les vomitifs quelquefois, l'antipériodique par excellence, le quinquina quand il y a intermittence. A l'extérieur, on applique la glace sur l'épigastre, les ventouses sèches et scarifiées, des vésicatoires et même des cautères avec le fer rouge, à la base de la poitrine, au-dessous de l'appendice xyphoïde : il arrive même qu'il faille promener les deux derniers surtout autour du diaphragme.

De la paralysie du mouvement.

Au lieu d'être exalté ou perverti, le mouvement peut être aboli, paralysé.

Cette sorte de paralysie est le plus souvent symptômatique d'une lésion du cerveau ou des nerfs; mais dans d'autres cas, elle se montre primitive et indépendante d'aucun autre trouble, et est seule toute la maladie. C'est ce dernier cas qui va nous occuper.

Et d'abord, si dans la paralysie provenant d'une altération quelconque de l'encéphale ou des cordons nerveux les désordres anatomiques sont appréciables, en est-il de même dans la paralysie idiopathique qui d'ailleurs sera plus ou moins intense, plus ou moins étendue? Pour répondre à cette question, on peut s'aider de plusieurs moyens à la tête desquels figure l'anatomie pathologique, et après laquelle viennent se ranger les symptômes, la marche, les causes, etc., de l'affection.

Jusqu'à nos jours, les recherches anatomico-pathologiques relatives à la paralysie que nous étudions n'ont démontré qu'elle se rattachât à une lésion constante et positive. Bien plus, c'est que très-fréquemment le scalpel le plus habile n'a rien trouvé pour l'expliquer. (*Voir* à ce sujet le travail de M. Lélut).

Quant aux symptômes, ils peuvent servir à faire reconnaître que la paralysie est idiopathique, en ce qu'alors ils se manifestent sans qu'on observe des troubles du côté des centres nerveux, etc.; tandis qu'il est rare en effet que la paralysie symptômatique ne soit pas accompagnée de quelque phénomène attestant quelque désordre du système encéphalo-rachidien. Toutefois, ne faut-il accorder à ce genre de preuve que la valeur qu'il mérite.

Sous le rapport de la marche, on voit des paralysies qui disparaissent pour revenir, qui quittent certaine partie du corps pour s'emparer d'une autre. Et les causes prouvent-elles davantage des lésions des centres nerveux dans cette affection? Non, sans doute; car ne voit-on pas cette maladie survenir après quelques autres; ne remplace-t-elle pas souvent, par exemple, le rhumatisme musculaire, et ne se montre-t-elle pas alors locale et partielle, sans que le cerveau et la moelle vertébrale soient en rien compromis? Il y a aussi une grande influence du monde extérieur dans la production de la paralysie. Ainsi, en Espagne, on observe une maladie endémique, sorte de rhumatisme, qui frappe sur le canal digestif et qui s'accompagne de paralysie : elle est rare en France. Dans les Indes, on en remarque une qui est encore parfois suivie du même accident; elle est connue sous le nom de *Béribéri*.

Dans les contrées froides, il n'est pas rare de rencontrer des individus paralysés par l'action même du froid; et notre pays en fournit lui-même des exemples. Qu'un homme ait une partie du corps exposée à un courant d'air, les autres en étant préservées, n'arrive-t-il pas, dans plusieurs circonstances, que cette partie soit seule atteinte de paralysie? Est-il donc difficile ici de remonter à la cause?

Certaines substances ingérées et absorbées ont le privilége de déterminer des paralysies : tel est le plomb qui produit celle des membres supérieurs. D'autres donnent lieu à d'autres phénomènes : tantôt à des tremblemens, tantôt à des convulsions, etc.

Un trouble subit de l'innervation, une émotion morale vive, forte, peuvent occasionner la paralysie; celle de la face, de la langue et autres en sont assez fréquemment le résultat. Elles s'en retournent souvent comme elles sont venues, et par le jeu de la même cause. On en a vaincu plusieurs fois à l'aide de l'électricité, d'autres fois elles ont résisté; mais s'étonnera-t-on de cet insuccès quand on saura que la plupart de celles qui ont été rebelles étaient dues à une lésion matérielle, à une hémorrhagie, etc.? On n'est pas surpris qu'une personne se trouve mal en apprenant une mauvaise ou même une bonne nouvelle; dans ces deux circonstances, qu'y a-t-il de différent? rien, sinon la cause. Mais si la perte du mouvement, indépendamment de son étendue, peut se déclarer à l'occasion d'une influence morale, elle peut aussi être guérie de la même manière. M. Andral a vu une jeune fille qui, paralysée depuis longtemps, a recouvré le mouvement par l'effet du magnétisme. Or, nous verrons bientôt jusqu'à quel point il faut croire au mesmérisme.

Plus nous remontons dans le passé, plus nous trouvons de cas de paralysie guérie par une modification apportée dans le moral des malades, par la croyance aux miracles qui de nos jours est considérablement tombée. Nous avons déjà parlé de guérisons opérées au tombeau du diacre Pâris; en voici un fait qui n'est pas sans intérêt.

Mademoiselle Hardouin, prise tout à coup, le 15 septembre 1725, d'une paralysie des jambes, tomba quelque temps après apoplectique : on la saigne; la première affection persiste, et quatre médecins la jugent incurable. M. Parent, de la chambre des Comptes, certifie, ainsi que beaucoup d'autres, qu'ils ont vu cette jeune personne longtemps paralytique. Un autre médecin constate de nouveau la paralysie, et de plus l'embarras de la langue : la maladie durait depuis six ans, surtout à gauche, et faisait des progrès. On propose à la demoiselle d'aller la placer sur le tombeau du diacre; elle s'y refuse d'abord, parce qu'elle ne croyait pas, disait-elle, que cette démarche lui valût le retour à la santé : son confesseur ne lui conseillait pas non plus d'y consentir. Le médecin consulté est moins difficile; il permet de recourir à ce moyen, et ajoute qu'il se convertira si la malade guérit. Celle-ci est donc transportée à St-Médard, et sitôt qu'elle est posée sur le tombeau, elle est prise de mouvemens convulsifs dans tout son corps; on la retient avec beaucoup de peine sur le monument, puis on la porte dans un autre endroit de l'église, et *ah! mon Dieu!* sont les premiers mots qu'elle prononce, car elle avait depuis longtemps perdu la parole. M. Duverger dit qu'on la replaça sur le tombeau, et qu'ensuite elle se fit transporter rue Geoffroy-l'Anier, où elle demeurait; qu'arrivée là, elle put monter son escalier seule, agir et parler comme avant sa maladie. De retour chez elle, elle fait appeler son chirurgien qui affirme l'avoir vue parlant et marchant aussi facilement que lui-même, et il en délivre un certificat. Voilà, certes, un cas bien curieux et bien propre à faire crier *au miracle!* Mais demandez à l'imagination de pareils malades quelles modifications elle a subies; demandez-lui quel rôle peuvent jouer ces modifications, et jusqu'où peut aller leur puissance : elle vous dévoilera le miracle, c'est elle qui vous exposera tout le merveilleux de la cure.

De tout ce que nous avons dit jusqu'à présent, et d'après le fait que nous venons de rapporter, quelle conclusion peut-on légitimement tirer sous le rapport des altérations pathologiques dans la paralysie? Que cette maladie peut exister sans que les centres nerveux soient intéressés; et en effet, les dissections faites à cet égard l'ont prouvé jusqu'aujourd'hui; peut-être serait-il possible que plus tard, à force de perfectionnement, elles fournissent d'autres données; mais sera-ce dans ce cas? Le trouble fonctionnel est donc la seule lésion.

Une fois admise, et nous l'admettons, la paralysie dont nous traitons se montrera partielle ou générale. Il n'est pas extrêmement rare de rencontrer des individus qui louchent subitement par l'effet d'une impression morale vive, à la suite de maladies si graves.

M. Andral a disséqué le cadavre d'une femme qui avait été, après une fièvre sérieuse, atteinte d'un strabisme auquel il fut impossible d'assigner une cause appréciable.

La face, la langue, et de même toutes les autres parties du corps, peuvent en être affectées. Il serait inutile d'en traiter séparément; disons seulement quelques mots de la paralysie de la face.

Elle se voit sans que le système nerveux central présente aucune altération; c'est donc le nerf facial, ou portion de la septième paire, qui est frappé. La cinquième paire (nerf trifacial, Ch.) n'entre point dans la maladie, puisqu'elle appartient aux nerfs de la sensibilité et qu'ici cette sensibilité est conservée. Mais quel est alors l'état du nerf facial? a-t-il subi quelque modification morbide; n'en a-t-il éprouvé aucune? Certainement l'anatomie pathologique montrera dans des cas de nerf plus ou moins lésé. Ainsi on l'a vu attaqué et compris dans plusieurs maladies du conduit auditif. D'autres fois, au contraire, on a constaté sa parfaite intégrité, et c'est ce qui arrive lorsque la paralysie est l'effet de l'exposition à un froid continuel, à un courant d'air, etc., et qu'elle cesse tout d'un coup.

Début, symptômes, etc. Le début est lent ou subit sans douleurs le plus souvent : quelquefois il en existe de sourdes, de vagues. Les symptômes portent spécialement sur le mouvement. Les muscles de la bouche, de l'œil du côté affecté sont relâchés, de sorte que la face grimace d'une manière bizarre, la bouche est déviée, le malade ne peut ni souffler, ni siffler; l'œil rouge et larmoyant ne peut être ouvert ni fermé; la peau du front n'est ridée que d'un côté; rien d'ailleurs, la langue est intacte ainsi que la sensibilité.

La durée n'a rien de fixe, de constant; se réduisant tantôt à quelques jours seulement, elle est tantôt de plusieurs mois, de plusieurs années, quelquefois même elle est aussi longue que la vie. La guérison est assez rapide ordinairement quand la maladie dépend de causes telles que le froid, les impressions morales, etc.;

mais si le nerf est matériellement pris, il n'est plus permis de compter sur une pareille terminaison. L'invasion subite de la paralysie doit en rendre le pronostic moins grave.

Traitement. Il se compose d'évacuations sanguines, d'excitans sur les points intéressés ; les vésicatoires de petites dimensions, l'électricité, l'électro-puncture sont des moyens employés avec avantage. Il peut se faire qu'une guérison spontanée dispense d'y recourir.

Quatrième classe.—*Névroses par troubles de différentes fonctions.*

Il est des états morbides dus à la lésion des fonctions des divers appareils de l'économie, et qui ne sont autre chose que des névroses dont l'histoire ne veut être faite qu'à propos des maladies diverses auxquelles sont sujets ces mêmes appareils. Nous nous bornerons donc ici à leur simple énumération, sans rentrer dans des détails qui ont été donnés dans le cours de l'année dernière, lorsqu'il s'est agi des lésions des différens organes auxquels se rapportent les névroses dont nous formons notre quatrième classe.

Il y a des conditions générales, nous ne dirons pas constantes, qui favorisent le développement de ces névroses, et nous devons signaler surtout l'état de faiblesse dans toute la machine animale, l'épuisement provenant d'une dépense trop considérable de fluide nerveux, ou d'une perte trop abondante de sang.

Les maladies, celles de nature inflammatoire, par exemple, prédisposent aussi à contracter ces sortes d'affections. C'est ainsi qu'on voit une gastralgie succéder à une gastrite. Notons toutefois que le contraire peut avoir lieu, et qu'une névralgie marquera le commencement d'une autre maladie. Ne sait-on pas, en effet, qu'une gastralgie a quelquefois masqué le début d'un cancer de l'estomac?

Digestion. L'appareil digestif peut être le siége de névroses portant un caractère différent. Dans un cas la sensibilité sera exaltée, il en résultera ce qu'on appelle gastralgie. Dans un autre, le mouvement péristaltique sera troublé; des tumeurs nerveuses simulant des tumeurs réelles dans l'abdomen (boules antipéristaltiques), et accompagnées parfois de douleurs semblables à celle de l'étranglement, viendront en imposer pour cette dernière maladie, tandis qu'on n'aura en affaire qu'à un trouble nerveux qui aura entraîné la perturbation de l'action musculaire du système intestinal, et dont un bon jour le malade se trouvera guéri comme par enchantement.

Le vomissement nerveux est encore une perversion de l'action musculaire des organes digestifs. La dyspepsie en est un autre mode. On comprend bien que dans tous les cas le mouvement péristaltique n'est pas régi par la même modification ; tantôt il est augmenté, tantôt il est diminué; tantôt enfin il est aboli.

Circulation. On voit des douleurs du cœur qui sont de pures névroses qui peuvent, à la vérité, amener autre chose à leur suite. La sensibilité est alors lésée; mais l'agent principal de la circulation est sujet à des troubles qui se rattachent à ses mouvemens, d'où les palpitations, l'irrégularité du pouls, etc.; d'où encore, dans des cas contraires, c'est-à-dire dans lesquels les contractions sont suspendues, une syncope qui peut devenir mortelle, si le jeu de l'organe ne se rétablit assez tôt.

Y a-t-il des névroses des vaisseaux sanguins? On en a décrit pour les artères, et cependant l'état actuel de nos connaissances se refuse à ce qu'on les admette bien positivement.

Du côte du système-capillaire, on observe des changemens remarquables sous l'influence d'un trouble nerveux ; on y apprécie une modification de la circulation, qu'atteste assez clairement la rougeur ou la pâleur de la partie qui en devient le siége.

A chaque instant on peut surprendre ce phénomène sur le visage de personnes facilement impressionnables. De cet état de rougeur, qui n'est à proprement parler qu'une congestion à un degré variable, il n'y a qu'un pas à l'inflammation, ce qui ferait supposer que dans bien des circonstances l'inflammation est le résultat d'un trouble nerveux. La circulation peut être comprise dans tout son ensemble, être activée, ralentie, etc., en sorte que la température du corps s'élève ou s'abaisse. Dans des cas, on aura un refroidissement, dans d'autres un excès de calorification, d'où la fièvre nerveuse, maladie qui a ses symptômes, sa marche, etc.

Respiration. Elle a aussi ses névroses : certaines dyspnées ont incontestablement le caractère nerveux. Leur siége peut être dans les muscles des parois thoraciques, dans ceux du larynx, dans les bronches et même dans les vésicules pulmonaires. Mais comment s'expliquer qu'elles occupent de pareils points? On a dit que les poumons pouvaient se carnifier en quelque sorte; c'est-à-dire que dans les petites bronches et dans les vésicules pouvaient se développer des fibres musculaires. Cette assertion est-elle fondée? Certains phénomènes pathologiques tendraient à le faire croire.

La toux est quelquefois, comme on le sait, purement nerveuse.

Il serait superflu de signaler les causes de ce genre de névroses; nous aurions à reproduire la plupart de celles que nous avons déjà plusieurs fois désignées à l'occasion de maladies de la même nature. Dirons-nous, par exemple, que les émotions morales fortes apportent de grands et de nombreux changemens dans l'acte respiratoire?

Sécrétions. La sueur abonde ou devient nulle sous l'influence de la peur. On a vu les cheveux tomber en peu de temps; on les a vu blanchir subitement chez des individus vivement impressionnés. Les muqueuses ne sont-elles pas soumises à des vicissitudes, sous le rapport de leur sécrétion, lorsque des causes de ce genre agissent sur elles? Voyez le ventre de certaines hystériques, combien de fois par jour il se ballonne! Les larmes, la salive, les urines, de quelle versalité ne sont-elles pas susceptibles dans les névroses? N'y a-t-il pas même des urines qu'on appelle nerveuses, et qui sont

bien caractérisées par leur couleur blanche, ou plutôt parce qu'elles sont incolores, légères, limpides comme de l'eau de roche, inodores, etc.?

La caloricité passe aussi par des états différens, et se trouble sous l'influence de secousses morales.

Cinquième classe. — *Névroses par modification générale des forces vitales.*

Dans l'exercice des fonctions, le rôle que remplit le système nerveux est des plus grands, on pourrait dire qu'il est immense; chaque fonction en reçoit une influence particulière qui ne ressemble nullement à celle par laquelle il régit l'économie en général. Mais au milieu de ces impulsions spéciales qu'il imprime à chaque partie de l'organisme, subsiste une action d'ensemble pour la coordination de tous les actes dont cet organisme est capable.

Chaque puissance vitale partielle aboutit à un centre unique, à la force vitale, c'est ainsi qu'on l'appelle.

Quel que soit le point de vue sous lequel on envisage cette force vitale, il est inutile de chercher jusqu'à quel degré elle se rapproche des autres forces naturelles. Inconnue dans son essence, elle est pour nous l'expression d'un fait. On ne saurait nier, en effet, qu'il existe dans l'homme une puissance, une force, un quelque chose, si on l'aime mieux, qui règle les phénomènes vitaux, qui les lie, les unit, qui, toutes les fois que la santé éprouve des attaques, établit une série des mouvemens tendant tous au même but, à rétablir l'équilibre de la machine, à rappeler l'harmonie entre tous les rouages qui la constituent si admirablement.

Cette force vitale, quelle qu'elle soit, est sans doute susceptible d'être modifiée, et il est une série de phénomènes sous lesquels elle peut se montrer dans ses états différens de modification. Chez des individus, elles se conserve la même, demeure normale et tout marche régulièrement; chez d'autres elle a trop d'activité, trop d'énergie; c'est un excès, une exaltation qui constituent la maladie; chez une troisième classe le contraire a lieu, il n'y a plus redondance, mais diminution, défaut de cette force, et c'est encore un état de maladie; chez une quatrième enfin, elle est pervertie et s'exerce d'une manière bizarre, voilà un troisième état morbide.

Il y a donc pour la force vitale quatre modes d'être:

Le premier n'est que l'état de santé dont nous n'avons rien à dire; le deuxième est désigné par le mot hypersthénie; le troisième a reçu le nom d'asthénie; le quatrième enfin porte celui d'ataxie.

Nos 126 et 127.—22 et 25 Oct.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. Lisfranc.

Traitement de l'ulcère simple dit atonique. (Leçon recueillie par M. A. Forget, interne.)

Après avoir étudié les causes, le mode de développement et la nature de l'ulcère simple, il vous sera facile de comprendre que sa thérapeutique ne saurait être rationnelle, si l'on prend pour base une méthode exclusive quelconque. Aussi, comme pour le traitement de la plupart des affections chirurgicales, vous nous verrez régler notre conduite sur les principes d'un éclectisme raisonné et fondé sur les indications.

Lorsque le malade est fort, pléthorique, que son ulcère fait des progrès, que les bords sont rouges, douloureux, indurés, la saignée pratiquée au bras a l'avantage, d'abord d'agir comme moyen antiphlogistique, et ensuite elle a une action dérivative bien tranchée qui concourt à diminuer les accidens. On place le membre sur un plan incliné, formant avec l'horizon un angle de 50° environ à sinus inférieur, dont la partie supérieure correspond au talon, l'inférieure à la tubérosité sciatique. Je me serais borné à vous dire seulement que le membre devait être placé sur un plan incliné, si je m'étais servi du langage vague de la faculté de médecine de Paris, donc j'ai eu si souvent l'honneur de mériter la colère pour avoir eu l'audace, surtout dans mes cours de médecine opératoire, d'appliquer quelques connaissances géométriques à la description des opérations. On se rappelle la manière scandaleuse dont elle m'a attaqué, malgré, j'ose le dire, les succès que j'avais obtenus.

Le cataplasme émollient a été conseillé par la plupart des praticiens dans l'intention de nettoyer la surface de l'ulcère, de hâter la chute des escarres, de détruire l'irritation lourde et de combattre les indurations: c'est un moyen excellent qui remplit d'ordinaire le but qu'on se propose d'atteindre. Mais j'ai remarqué qu'en général on se hâte trop d'en faire abstraction dès que les résultats que l'on a en vue ont été obtenus; il ne faut le supprimer qu'autant que la cicatrisation ne se fait pas, que les bourgeons charnus deviennent exubérans. Si celle-ci, au contraire, fait des progrès, continuez-le; vous ne pouvez lui substituer un moyen plus efficace, puisqu'il guérit. Dernièrement vous avez observé dans la salle Saint-Antoine un vaste ulcère siégeant sur la jambe gauche d'un malade couché au n. 11, dont la cicatrisation a été obtenue par le seul usage du cataplasme, dans un temps plus court que si on avait mis en usage d'autres moyens.

Vous venez de voir les antiphlogistiques et les émolliens ramener l'ulcère dans des conditions favorables au travail de cicatrisation; en sera-t-il toujours de même? Non, assurément. Si les parties molles sont dans un état d'induration lardacée, les agens thérapeutiques simples que nous venons d'exposer demeureront ordinairement impuissans: en général, vous ne pourrez cicatriser la solution de continuité avant que cet état pathologique ne soit détruit. On sait, en effet, que la cicatrice s'établit très-difficilement sur des tissus anormaux, et qu'elle y est beaucoup moins solide.

Il faut donc préalablement tâcher de ramener les parties à leur état physiologique; pour atteindre ce but, l'action des chlorures sera inutile: on doit, comme dans tous les engorgemens blancs, se régler sur les indications et combiner entre eux les antiplogistiques, les fondans et les excitans.

Dans les ulcères anciens accompagnés d'indurations un peu étendues, et des symptômes d'une sub-inflammation légère, les moyens antiphlogistiques que nous avons indiqués plus haut peuvent ne pas suffire : on doit alors recourir à quelques applications de sangsues en assez grand nombre, faites non pas autour de l'ulcère, mais bien toujours à la partie supérieure de la jambe pour les raisons que nous avons indiquées ailleurs. (*Voir* la Lancette française, leçons sur les tumeurs blanches.)

Si la sub-inflammation est nulle ou presque nulle, on met en usage les moyens fondans.

La pommade d'hydriodate de potasse, les sangsues en petit nombre (toujours à la partie supérieure de la jambe), la compresion, etc., sont employées d'après les indications et les principes que nous avons posées dans nos leçons sur les tumeurs blanches. (*Voir* la Lancette.)

Il arrive souvent que les indurations résistent aux moyens que nous venons d'indiquer, quoique les amers, les dépuratifs et les fondans soient administrés à l'intérieur; dans ce cas, si l'ulcère, bien qu'il ne présente pas de végétations insolites, bien qu'il ne soit pas muqueux, n'offre pas trop d'inflammation, on touche très-légèrement sa surface dans l'étendue d'une pièce de vingt à trente sous avec le proto-nitrate acide liquide de mercure, et cela dans l'intention non pas tant de désorganiser les tissus que de modifier les forces vitales qui les régissent.

Un fait remarquable, c'est que quand ce moyen réussit, son effet s'étend même aux points de la surface ulcérée qui n'ont point été touchés; et qui plus est, vous avez vu au n° 1 de la salle Saint-Louis, un ulcère de la paroi abdominale avantageusement modifié par la cautérisation pratiquée sur une pareille solution de continuité siégeant à la partie supérieure de la cuisse.

Ne cautérisez jamais quand l'ulcére est trop excité, vous agiriez au bénéfice de la maladie; détruisez préalablement ce surcroît d'excitation, et pour cela ayez recours surtout à la saignée dérivative.

S'il arrivait que la cautérisation excitât trop, que l'ulcère devînt douloureux, que les bords rougissent, que leur caloricité augmentât, vous auriez dépassé le but que vous vous proposiez d'atteindre. Il faut vous hâter d'appliquer le cataplasme émollient, et de pratiquer au bras une saignée dérivative de une ou de deux palettes suivant la constitution des sujets.

A quelle époque doit-on renouveler l'application du caustique?

Tous les huit jours environ, je dis environ, car les accidens qu'elle peut déterminer exigent qu'on la fasse plus tard : on ne la répéte pas tant que l'amendement qu'elle a produit continue sa marche.

A. Paré pratiquait sur les indurations des scarifications, dans le but, disait-il, de dégorger les tissus des sucs dépravés qu'ils contiennent. C'est là une explication vicieuse entachée des idées d'humorisme qui étaient en vigueur à l'époque où ce chirurgien écrivait, et auxquelles tout son genie n'a pas su le soustraire.

Nous avons remis en usage ces scarifications, et nous nous sommes assuré qu'elles agissent à la manière des fondans et des excitans.

Les preuves de l'excitation qu'elles déterminent se trouvent dans l'aréole inflammatoire qui se dessine autour d'elles, dans la légère augmentation de chaleur qui se manifeste ordinairement; elles doivent toujours être pratiquées à une assez grande distance les unes des autres, pour que les cercles inflammatoires qui les entourent ne se réunissent pas.

Il peut arriver qu'elles ne produisent aucun effet thérapeutique; on y a recours de nouveau, et on les abandonne si on n'est pas plus heureux.

Le plus souvent elles sont suivies de l'excitation que nous avons indiquée; dans ce cas, on ne les renouvelle que lorsque les effets qu'elles ont obtenus ont cessé, et que l'amendement qu'elles ont amené ne fait plus de progrès.

Elles provoquent quelquefois une vive inflammation qu'il faut se hâter de combattre par tout l'appareil des moyens antiphlogistiques, parce que cette phlegmasie, siégeant sur des indurations où la vie a peu d'énergie, produirait promptement la gangrène, comme on l'observe sur les tissus œdémateux scarifiés.

Quant l'excitation a cessé, que les plaies sont cicatrisées, que le volume des parties ne diminue pas, la compression doit être employée : elle a presque constamment de très-heureux résultats.

Ces scarifications sont assez douloureuses dans la plupart des cas, les malades y répugnent; et quoique nous en ayons obtenu de très-bons effets, nous ne les employons qu'après avoir vu échouer tous les autres moyens.

Il est une méthode que j'ai vu réussir quelquefois entre les mains de plusieurs chirurgiens militaires : je veux parler de l'incision cruciale des ulcères. On ne pourrait la mettre en usage que dans les cas extrêmes quand les indurations n'ont pas trop d'étendue : elle produit une saignée locale qui s'oppose ordinairement au développement d'une trop forte excitation; et comme dans les circonstances où nous avons fait des lambeaux avec des tissus lardacés non squirrheux, elle donne d'heureux résultats. Il faut d'ailleurs se tenir en garde contre une explosion inflammatoire qui, à la rigueur, pourrait avoir lieu.

Dans les ulcères accompagnés d'induration cartilagineuse qui a résisté à toutes les médications, j'ai, à l'aide de deux incisions semi-lunaires, circonscrit et enlevé l'ulcère et le tissus cartilagineux situés au-dessous et à l'entour de lui : on comprend aisément que cette opération n'est applicable que contre les solutions de continuité peu étendues et bien limitées; dirrigée contre les ulcères très-vastes, qu'il n'est pas rare de rencontrer, elle aurait de graves inconvéniens en raison de la grandeur de la plaie qu'elle déterminerait.

—

Hernie étranglée ; opération ; Anus contre-nature ; application intempestive de l'entérotome de Dupuytren; mort ; réflexions sur la pratique irrégulière suivie par le chirurgien.

Martigny (Louise-Charlotte, âgée de 56 ans, journalière, avait une hernie crurale gauche depuis dix-huit ans. Cette hernie, grosse comme une noix, rentrait ou sortait aisément. La malade ne portait pas de bandage, et n'avait jamais eu aucun accident de ce côté.

Le 17 avril 1835, à la suite de vomissemens, une tumeur douloureuse parut dans l'aîne gauche.

Quelques jours après, un chirurgien fit de vains efforts pour la réduire. Des symptômes d'inflammation se déclarèrent, et furent calmés par dix sangsues et un bain. Les vomissemens avaient cessé ; les selles n'avaient pas été interrompues.

La malade n'est entrée que le 26 du même mois à la Charité. Le pli de l'aîne gauche présente une tumeur rouge, inégale, qui dépasse le volume d'un œuf. Le gonflement et la tension s'étendent depuis le pli de l'aîne jusqu'à deux pouces au-dessus ; il y a quelque chose d'œdémateux ; la tumeur est mobile à sa base ; son pédicule remonte vers le canal crural ; elle est située en dedans et au-devant des vaisseaux cruraux. Il y a des douleurs abdominales qui ne sont pas permanentes, et de fortes douleurs dans la tumeur. On remarque dans les vomissemens des matières stercorales moulées, cylindriques, en petite quantité, et d'autres délayées, qui leur communiquent leur teinte.

Le 27, à la visite, deux selles ont eu lieu. Le pression du ventre est très-douloureuse. Les efforts répétés du taxis ont été inutiles. L'opération est pratiquée sur-le-champ. Il est à remarquer que le bistouri, avant de pénétrer jusqu'au sac, fut obligé de traverser une masse, soit graisseuse, soit de ganglions lymphatiques. Il se dégage ensuite des gaz avec odeur gangréneuse. Il y a aussi du pus bien caractérisé et gangrène d'une portion considérable de l'intestin. On excise les parties mortifiées, et deux incisions furent faites au siége de l'étranglement.

Le 30, aucuns symptômes généraux. L'appareil est imbibé de matière. Les bords de la plaie sont rouges, enflammés. Les matières fécales baignent la plaie, et sont mêlées à la suppuration. Il y a une masse qui se laisse déprimer et qui est ou un ganglion lymphatique, ou un kyste qui se développe.

Le 2 mai, les coliques ne reviennent pas. Il y a du sommeil. Les matières fécales sortent en moins grande quantité par la plaie (quart de portion).

Le 6, les douleurs presque nulles, excepté lorsque les matières sortent. Les bords et le milieu de la plaie sont d'un rouge vif. Les bourgeons charnus se développent, et l'ouverture se rétrécit.

Le 10, pour forcer les matières à passer dans l'intestin inférieur, une compression est établie avec des boulettes de charpie.

Le 11, un peu de fièvre ; langue naturelle. La peau qui environne la plaie est enflammée, et il y a menace d'érysipèle. Incision comprenant tout le trajet qui passait sous la masse de végétations, et qui est continué jusque vers la branche descendante du pubis, où s'était formé un foyer dans lequel s'engageaient les matières fécales.

Entérotome. Le 14 du même mois (c'est-à-dire le seizième jour après l'opération), le doigt, porté dans l'ouverture de l'anneau, sent l'éperon qui sépare les deux bouts de l'intestin. La pince de Dupuytren est introduite et serrée sur l'éperon.

Le 18, la malade n'a ressenti que de faibles coliques par intervalles. Les matières passent toujours par la plaie, imbibent l'appareil. La pince est un peu resserrée.

Le 19, les coliques sont plus violentes ; il y a de la douleur à la pression dans la région hypogastrique. Nausées, vomissemens, langue pâle, face un peu grippée.

Le 20, les symptômes augmentent ; il y a de l'affaissement, de l'amaigrissement. Le ventre est très-sensible.

Le 21, enlèvement de la pince, qui contient entre ses mors une portion d'intestin gangrené. Le ventre est très-balonné, la face est très-grippée ; les autres symptômes augmentent.

Le 22, *la mort* a lieu dans l'après-midi.

Autopsie. Une partie de l'épiploon est adhérente au-devant de l'intestin étranglé, et qui en forme la cavité à gauche. En renversant cet épiploon, on retrouve les deux bouts de l'intestin, dont les lèvres sont décollées. En dedans, l'éperon est détruit dans l'étendue de deux pouces et demi : mais il n'y a d'adhérences que sur un des côtés de la fente. L'autre bord est comme taillé à pic. Une certaine quantité d'humidité stercorale s'est manifestement échappée par là. Le pus du voisinage est teint, et tout le péritoine est rempli de matières séro-purulentes. La cloison cutéro-mésentérique se prolongeait jusque dans l'aîne. Les restes du sac n'avaient aucune tendance à se déplacer.

A la vue d'une pareille calamité, M. Velpeau s'écrie : « L'opération de l'anus contre nature par la méthode de Dupuytren, n'est donc pas aussi sûre qu'on le croit généralement ! ! ! »

— L'application de l'entérotome pèche dans ce cas, en ce que son action à une époque trop rapprochée de la herniotomie, peut déterminer des symptômes analogues à ceux d'un étranglement intestinal.

Dupuytren, qui l'a indiqué dans son mémoire sur les anus contre nature, avait pour habitude d'attendre que des adhérences solides fussent parfaitement établies, que toute trace d'irritation vive eût disparu et que le dégorgement des parties fût opéré complétement, avant de soumettre ses malades à l'emploi d'un moyen qui pouvait les exposer au développement d'accidens inflammatoires graves. Il n'ignorait pas que des tissus enflammés et engorgés à un trop haut degré étaient dans des conditions moins favorables à la réunion, que des tissus sains dans lesquels les phénomènes de l'inflammation se développent successivement et au degré convenable pour déterminer l'adhésion des surfaces coupées par l'instrument.

Plusieurs exemples rapportés dans les mémoires de l'ancienne académie de chirurgie, cités par Scarpa, Astley Cooper, etc., démontrent que l'anus contre-nature, succédant aux hernies douées d'un sac, guérit le plus ordinairement, à la longue, par les seules forces de la nature. Si cette puissance de l'organisme est insuffisante, il sera toujours temps alors d'en venir à l'application de l'entérotome.

Dans l'observation qui précède, le chirurgien opère une hernie étranglée, l'intestin est gangrené ; il établit un anus contre-nature. La malade va parfaitement bien jusqu'au seizième jour.

Rien ne peut indiquer encore à cette époque, que l'organisme est impuissant pour amener une guérison spontanée, l'anus contre-nature ayant lieu dans des circonstances assez favorables pour qu'il soit permis de l'espérer.

Quelle raison obligeait donc de se presser et de faire, contre toutes les régles de la prudence, une application aussi intempestive que funeste d'un instrument qui, employé dans de meilleures circonstances, aurait pu procurer sans danger la guérison d'une infirmité déplorable ?

Doit-on encore ici imputer à la méthode la faute de l'opérateur ?

PINEL-GRANDCHAMP.

N° 128. — 27 OCT.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Clinique de M. MALGAIGNE, chirurgien par intérim.

Du traitement des ulcères syphilitiques par la cautérisation objective. (Observations recueillies par M. P. BAZILE.)

Chargé du service de M. Cullerier, M. Malgaigne a fait des expériences comparatives sur les divers traitemens recommandés contre les accidens syphilitiques. Ainsi, contre les chancres primitifs il a employé les lotions d'eau de guimauve, les sangsues, la cautérisation par le nitrate d'argent ; et, selon les indications, la liqueur de Van Swiéten et les pilules mercurielles.

Nous avons vu presque en même temps quatre orchites blennorrhagiques traitées : 1° par la saignée ; 2° par les sangsues sur le cordon ; 3° par les sangsues sur le scrotum ; 4° par la compression seule et sans émissions sanguines. Quelques cas de douleurs ostéocopes ont été traités, les uns par la salivation, lorsque le malade n'avait pas pris de mercure ; et lorsqu'il en avait été saturé, on a eu recours à la salsepareille, aux émissions sanguines, à l'opium à haute dose, etc. Enfin, contre les bubons récens, il a employé les sangsues, les vésicatoires pansés avec le sublimé, la simple compression, etc.

En attendant qu'un nombre suffisant d'observations viennent prononcer sur la valeur relative de ces divers traitemens, nous appellerons l'attention sur deux méthodes nouvelles appliquées par M. Malgaigne à la cure des ulcères, soit chancres primitifs, soit ulcères succédant aux bubons, et à la guérison des bubons eux-mêmes, lorsqu'ils sont indolens et qu'ils ont résisté à tous les moyens. Nous traiterons dans cet article de la première méthode, ou cautérisation objective.

C'est contre les ulcères succédant à des bubons suppurés, que ce moyen a d'abord été mis en usage. Parmi les nombreux malades auxquels il a été appliqué, nous avons noté les suivans.

Au n° 9, salle n° 4, est couché le nommé Cavart, âgé de trente ans, charretier, entré le 10 septembre. Il avait à cette époque un chancre sur le filet et deux bubons suppurés. Traitement jusqu'au 20 : tisane de chiendent, réglisse ; bains locaux ; cataplasmes.

Le 20 septembre, application de potasse caustique sur le bubon du côté droit. Le 12 octobre, la plaie a quatre pouces de longueur, suivant le pli de l'aîne, et deux pouces de hauteur. M. Malgaigne prescrit la cautérisation objective deux heures par jour ; depuis, la cicatrisation a marché rapidement : il ne reste plus qu'un espace de quatre à cinq lignes à cicatriser.

—Dans la même salle, au n° 16, est couché le nommé Benoît, garçon boucher, âgé de dix-huit ans, entré le 1er octobre, avec un chancre datant de trois semaines et un bubon de quinze jours. On le met à la tisane de chiendent, réglisse ; cataplasmes, etc.

Le 2 octobre, le bubon fut ouvert par une légère ponction. Le 9 octobre, la peau est largement décollée dans la direction du pli de l'aîne. M. Malgaigne pratique une large incision. Le 11 et le 12, cautérisation objective deux heures par jour. Du 12 au 20, pansement avec le vin aromatique. A cette époque la plaie peut avoir 30 lignes de long dans la direction du pli de l'aîne, sur un pouce et demi de large ; ses bords sont décollés et les chairs au-dessous du niveau de la peau. Cautérisation objective deux heures par jour jusqu'au 25. Maintenant les bords de la plaie sont recollés ; les chairs, au niveau de la peau, ont une belle couleur, et la plaie n'a plus que dix-huit lignes de long sur cinq de large.

— Au n° 32, salle n° 5, est un garçon boulager, âgé de vingt-quatre ans, entré le 14 septembre avec des chancres et un bubon suppuré du côté gauche. L'ulcère a trois pouces de long sur deux de large. Cataplasmes émolliens, tisane de chiendent, etc., jusqu'au 20.

Le 21, application de potasse caustique.

Le 10 octobre, l'ulcère a toujours la même grandeur. Cautérisation objective deux heures le matin et deux heures le soir.

Le 11, diminution très-prononcée ; des brides de lymphe organisée se portent du bord supérieur au bord inférieur.

Le 13, le malade a observé que la suppuration a été plus abondante que les jours précédens. Pansement avec la solution de nitrate d'argent.

Le 14, la plaie va très-bien. On suspend le cautère, et on la recouvre seulement de coton.

Les 17, 18 et 19, cautérisation objective.

Le 24, la cicatrisation a 30 lignes dans la direction

du pli de l'aîne ; il reste encore une étendue de 4 lignes à cicatriser. Panser avec de l'eau blanche.

—Il est impossible pour qui a suivi ces malades, de ne pas être frappé vivement de l'efficacité de la cautérisation ; sur ce dernier surtout, ses bons effets ont été d'autant plus marqués, que la cautérisation ayant été suspendue faute de cautères, on a vu la cicatrisation, si rapide sous son influence, marcher ensuite avec lenteur. Mais disons un mot sur la manière de l'employer.

On fait chauffer jusqu'au rouge blanc un cautère arrondi et plat que le malade tient aussi rapproché qu'il peut de l'ulcère, en ayant soin cependant de l'éloigner légèrement si sa présence cause de la douleur. On répète cette opération deux heures le matin et deux heures le soir. La plaie ne doit être recouverte ensuite que d'une simple compresse ou de charpie sèche. Dans quelques cas, deux heures de cautérisation par jour suffisent.

Maintenant cette cautérisation est-elle applicable à tous les cas? Nous ne le pensons pas. C'est au médecin à savoir distinguer les ulcères qui exigent ce remède.

Dans les observations précédentes, la plaie avait un bon aspect, bien que marchant lentement à guérison ; nous excepterons seulement le malade couché au n° 16, sur lequel tous les remèdes employés avaient été sans efficacité.

M. Malgaigne a voulu essayer si, dans les chancres de la verge, même durant la période d'inflammation et d'ulcération, il en obtiendrait d'aussi bons effets. Quatre malades y furent d'abord soumis : deux d'entre eux n'en ont retiré aucun bon résultat; les antiphlogistiques furent inutilement employés sur ces deux malades, et leur état ne s'est un peu amélioré que sous l'influence d'un traitement mercuriel.

Chez le troisième, la cautérisation ne produisit rien les deux premiers jours; mais lorsqu'on l'eut cessé, les chancres soumis à de simples lotions d'eau de guimauve, prirent en 24 heures un aspect satisfaisant. Enfin chez le dernier, M. Malgaigne a jugé à propos de suspendre la cautérisation le troisième jour ; les ulcères en avaient cependant reçu une impulsion si favorable, qu'il a cru devoir la reprendre six jours après ; et depuis, la cicatrisation a marché plus rapidement. Voici cette observation.

— Le nommé St... , menuisier, âgé de 22 ans, d'une forte constitution, fut atteint, le 12 septembre, d'un ulcère à la partie droite et interne du prépuce. Il a continué de travailler et vivre à son ordinaire (il mange 4 livres de pain par jour), en buvant de la tisane d'orge et prenant des bains locaux.

Admis à l'hôpital le 12. L'ulcère est arrondi, offre un diamètre de 5 lignes. Les chairs à la surface, saignantes et divisées en papilles ; un autre ulcère a divisé le frein ; quelques ganglions à peine engorgés à gauche. Tisane de chiendent, réglisse; cautérisation objective ; demi-portion.

14. Le petit ulcère du frein offre un meilleur aspect ; celui du prépuce a beaucoup suppuré. Même prescription.

15. Les chairs de l'ulcère du prépuce sont saignantes. Suspendre la cautérisation, couvrir la plaie d'un linge mouillé dans de l'eau de lin froide.

17. Le chancre a diminué, le bubon est plus volumineux et plus douloureux. Appliquer un vésicatoire.

18. On remarque une trace de cicatrice sur le chancre du prépuce. Panser le vésicatoire avec le sublimé.

22. Le bubon est très-sensible. M. Malgaigne enlève l'escarre grisâtre formée par le sublimé sur le bubon. Appliquer sur les chancres la cautérisation objective.

23 et 24. Même prescription.

25. L'ulcère du prépuce n'a plus qu'une ligne et demie de diamètre; autour de cet ulcère, la peau semble se rider et être attirée vers le centre. La plaie du bubon laissée par l'escarre, a un pouce de diamètre ; les chairs sont en papilles et d'une belle couleur. Continuer la cautérisation objective.

— Plusieurs malades sont maintenant soumis à ce traitement. Lorsque nous aurons recueilli un nombre suffisant d'observations complètes, nous reviendrons sur ce sujet : mais auparavant, nous dirons quelques mots du nouveau moyen appliqué par M. Malgaigne à la guérison des bubons indurés et rebelles. Ce sera le sujet d'un prochain article.

N° 129. — 29 Oct.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Clinique de M. Ricord.

Note sur l'emploi du vin aromatique dans le traitement des chancres ; par M. Treuille.

Parmi les diverses médications appliquées par M. Ricord au traitement du chancre, le vin aromatique a fourni jusqu'ici les meilleurs résultats. D'après les nombreuses observations que nous avons recueillies, il est bien peu de cas dans lesquels ce moyen n'atteigne pas le but, sans que l'on ait besoin d'autres adjuvans que la cautérisation. Quelle que soit la période de la maladie, à moins de complication grave de laquelle pourrait résulter une indication pressante, le vin est appliqué sur la surface des chancres au moyen d'un plumasseau de charpie fine imbibée dans ce liquide, mais de manière toutefois à ce qu'il ne coule pas sur les parties environnantes ; le pansement doit être renouvelé plusieurs fois par jour, afin de ne pas laisser le pus s'inoculer de proche en proche par son séjour à la surface de l'ulcère : cette condition est de rigueur, car la sécrétion chancreuse est l'agent qui tend sans cesse à aggrandir la plaie, comme on le remarque dans l'inoculation artificielle, ou bien encore sous les croûtes qui emprisonnent la matière destructrice. Aussi à chaque pensement, M. Ricord ordonne d'absterger exactement la surface. Mais l'emploi combiné

de la cautérisation par le nitrate d'argent donne à cette médication une action bien plus rapide. Si le vin aromatiques vient en quelque sorte tanner les tissus sur lesquels il est appliqué, il diminue aussi la sécrétion purulente et garantit par la même action les parties environnantes. La cautérition répétée une fois ou deux par jour, modifie la vitalité des tissus, agissant fortement et comme caustique destructeur, tant qu'un fond grisâtre tapisse l'intérieur du chancre ; dès que la surface se montre rosée, excitant à la production de bourgeons charnus, qu'elle doit enfin réprimer lorsqu'ils tendent à dépasser les limites convenables, et se bornant vers la fin de la maladie à n'exercer qu'une action siccative.

Telles sont les règles posées par M. Ricord ; par elles on obtient ordinairement, à l'hôpital des Vénériens, la cicatrisation du chancre en douze, quinze ou vingt jours : il est rarement besoin d'un plus long séjour.

Quant au traitement des complications nécessité par quelques formes particulières, nous renverrons au traité publié par M. Ricord, le but de cette note n'étant que de donner la marche à suivre pour l'emploi de la médication indiquée. Voici quelques observations choisies à cet effet sur les derniers renvois.

— Tissier (Pierre), âgé de dix-neuf ans, entré le 4 octobre 1836, couché salle 8, n. 23, n'avait jamais eu de mal vénérien ; il portait, à son entrée à l'hôpital, des chancres confluens de deux mois de durée, et un phymosis consécutif causé par l'œdème du prépuce. Il fut cautérisé le 5, et pansé au vin aromatique. Le 6, la sécrétion du pus était déjà beaucoup diminué ; il continua le pansement au vin aromatique, et il sortit complétement cicatrisé le 12 octobre 1836.

— Renechet (Paul), âgé de dix-huit ans, commis épicier, entré le 11 octobre, couché salle 7, n° 20. Chancres du frein, trois semaines de durée ; cautérisé, pansé au vin aromatique ; cicatrisé le 20 octobre.

— Delarauzée (Jules); dix-huit ans, entré le 11 octobre, salle 7, n° 1 ; chancres ; un mois de durée ; pansé au vin aromatique seulement ; cicatrisation complète le 21 octobre.

— Roulat (Jean), âgé de vingt-quatre ans, couché salle 3, n° 13 ; entré à l'hôpital le 4 octobre, portant des chancres confluens de l'extrémité du prépuce, de deux mois de durée ; cautérisé une seule fois le 5; il continua depuis le pansement au vin aromatique, et sortit le 12 complétement cicatrisé.

— Dandy, salle 3, n° 21, entré le 23 août. Chancres ; douze jours de durée ; cautérisé, pansé au vin aromatique ; sorti guéri le 1er septembre.

— Villars, salle 2, n° 8, entré le 19 septembre. Chancres ; six mois de durée ; cautérisé, pansé au vin aromatique ; sorti guéri le 7 octobre.

— Blaise (Jules); vingt-quatre ans ; domestique ; salle 2, n° 23, entré le 11 octobre ; chancres du frein ; huit jours de durée ; cautérisé ; pansé au vin aromatique ; complétement cicatrisé le 14 octobre.

GAZETTE MEDICALE

DE PARIS.

OCTOBRE. 1836.

N° 40. — 1er Oct.

Mémoire sur le traitement du catarrhe chronique de la vessie par les injections ; par M. Devergie aîné, D. M. P.

De toutes les infirmités qui viennent accabler la vieillesse, il n'en est pas de plus douloureuse que le catarrhe chronique de la vessie. Cette maladie fait souvent le désespoir des malades et des médecins. Aussi ces derniers ont-ils recherché de tout temps les meilleurs moyens à lui opposer. De nombreux écrits publiés témoignent de leur constante sollicitude que la réussite n'a pas toujours récompensée.

Le catarrhe de la vessie est assez fréquent chez les hommes de moyen âge, surtout parmi ceux qui sont atteints de rétrécissemens anciens de l'urètre. Mais les hommes de cabinet sont les plus prédisposés à cette maladie grave, parce qu'au milieu de leurs préoccupations ils oublient souvent de satisfaire le besoin d'uriner ; que la vessie, longtemps distendue par le séjour prolongé de l'urine, se fatigue, s'irrite et s'enflamme ; l'inflammation est alors d'autant plus difficile à guérir, que cet état de réplétion a été plus souvent répété.

Aussi le catarrhe de vessie, malgré les soins les mieux combinés et le talent d'un médecin instruit, passe-t-il fréquemment à l'état chronique. Sans doute, il est beaucoup d'autres causes qui peuvent y donner naissance ; mais, sans perdre de temps à les énumérer, il suffit de dire que, quelle que soit la cause, l'effet n'en est malheureusement pas moins le même ; et la maladie une fois développée, on n'est pas toujours maître d'en arrêter les progrès et de prévenir une terminaison, sinon toujours funeste, du moins lente, passant facilement à l'état chronique, et de difficile guérison.

Cet état chronique, si désagréable et si incommode pour les malades, est souvent la suite d'une cystite aiguë (inflammation franche de la vessie), qui ne s'est pas terminée peu à peu par la suppression du mucus plus ou moins abondant sécrété par la membrane muqueuse vésicale, et rendu avec les urines. Mais si le catarrhe chronique est souvent la conséquence d'un catarrhe aigu, il n'est pas rare de le voir se développer sans avoir été précédé de symptômes inflammatoires bien manifestes, et revêtir, dès son début, le caractère de chronicité.

Dans ce cas la douleur est d'abord à peine sensible : c'est plutôt un véritable sentiment de gêne qui se renouvelle souvent et augmente peu à peu en forçant les malades à vider leur vessie plus fréquemment ; les urines commencent à charier des mucosités plus abondantes, mais qui augmentent de quantité progressivement. Des douleurs réelles ne tardent pas à se faire sentir soit dans l'émission des urines, soit dans les efforts pour aller à la garderobe. Les mucosités prennent le caractère de celles propres au catarrhe chronique suite de l'inflammation aiguë, ou bien ce sont des flocons glaireux, blanchâtres, allongés, qui s'échappent du canal après l'émission des urines ; d'autres fois encore ce sont des mucosités épaisses, verdâtres, filantes, adhérant facilement aux parois des vases, et dont la couleur et surtout la quantité marquent le degré de cette maladie douloureuse, attestant les ravages qu'elle a pu faire dans la vessie, principalement quand elles ont pris un caractère purulent.

Assez ordinairement encore le mucus rendu avec les urines devenues troubles et bourbeuses, se dépose au fond du vase sous l'aspect de matière blanche, caillebotée et abondante. Chez les hommes de cabinet et chez les vieillards, la maladie débute souvent de cette manière, suivant leur degré d'irritabilité. L'issue des mucosités en est le premier symptôme.

Quel que soit le mode de développement du catarrhe chronique de la vessie, il est des malades qui en sont peu incommodés, qui continuent, sans éprouver de gêne, à s'occuper de leurs affaires, et conservent longtemps leurs forces et l'apparence d'une belle santé. Aussi rien n'est-il certain pour la durée de cette maladie, que quelques malades gardent longtemps sans en éprouver de graves incommodités.

Mais s'il existe des malades dont les fonctions et la santé paraissent peu troublées par le progrès de cette maladie, il en est d'autres chez lesquels elle prend un développement plus rapide et plus grave ; en peu d'années on les voit perdre leurs forces et leur embonpoint, la douleur dans la région du bas-ventre devient plus vive, des accès fébriles surviennent de temps à autre, puis la fièvre prend un caractère régulier, se montre surtout le soir ; les mucosités augmentent de quantité, et changent de nature et de couleur ; les urines deviennent ammoniacales, fétides, troubles, épaisses ; toutes les fonctions se dérangent ; le dépérissement général fait de rapides progrès, le moral s'affaiblit à mesure qu'augmentent les souffrances physiques. Bientôt une fièvre

de consomption et de résorption se déclare, et les malades tombés dans le marasme succombent, minés par des douleurs vives, lancinantes et continuelles.

Pour éviter une terminaison si funeste et prématurée, la médecine, quand elle n'a pu parvenir à empêcher la mutation de l'état aigu à l'état chronique, a du moins cherché les moyens les plus avantageux pour enrayer les progrès de cette grave affection. Lorsqu'on ne reconnaît aucune cause matérielle (telle que tumeurs polypeuses de la vessie ou rétrécissement du canal, etc.), il faut recourir à tous les moyens que l'hygiène, le régime et le changement d'habitudes et d'habitation peuvent offrir.

Sous ce rapport les conseils n'ont jamais manqué. S'ils ont été fréquemment d'une utilité remarquable, s'ils ont aidé à produire des cures certaines, ils ont aussi malheureusement échoué, soit que les malades indociles ne les aient pas mis en pratique, soit que des circonstances impérieuses les aient forcés de les négliger, soit enfin que ces conseils aient été insuffisans.

Force a été alors de recourir aux agens pharmaceutiques, et leur multiplicité atteste que souvent ils ont été infructueux. En effet, beaucoup de moyens ont été préconisés sans un succès plus marqué en faveur des uns que des autres. Ainsi les eaux thermales, les baumes, les délayans, les bains simples et composés, les rubéfians, les astringens, les amers, etc., sont ils rangés également au nombre des moyens curatifs.

Parmi tous ces moyens, on remarque en première ligne la série des médicamens balsamiques. Depuis longues années l'observation avait appris l'action stimulante des térébenthacées sur l'économie, et plus particulièrement sur les membranes muqueuses. Les baumes et les préparations dans lesquelles entraient les térébenthines jouèrent pendant longtemps un grand rôle dans les maladies de poitrine et des organes génito-urinaires. La principale indication qu'on leur attribuait était de guérir les ulcères intérieurs. Aussi les appelait-on le *baume des viscères*, l'*âme des reins et des organes génitaux*. De là l'emploi fréquent et immodéré de ces substances contre la phthisie, contre les catarrhes chroniques pulmonaires, vésicaux et urétraux.

Les progrès successifs de la médecine ont amené, il est vrai, une heureuse réforme dans cette thérapeutique, poussée sans doute trop loin, et ont fait justice d'une infinité de préparations actuellement abandonnées.

Néanmoins cette grande réforme n'a pas fait perdre de vue l'utilité des baumes et des térébenthines.

Le baume de copahu et la térébenthine de Venise ou de Strasbourg sont au premier rang. Ces substances ont une action spéciale sur les membranes muqueuses, où elles produisent une surexcitation assez vive. Introduites dans l'estomac et dans les intestins, elles y déterminent, suivant la force, le tempérament et l'idiosyncrasie des malades, des nausées, des coliques, des purgations; elles excitent aussi la muqueuse bronchique et celle des voies urinaires.

Si l'emploi modéré de ces médicamens à l'intérieur offre chez un certain nombre de sujets des avantages réels et incontestables, il n'est malheureusement que trop vrai que chez beaucoup d'autres il détermine des accidens. Parmi les inconvéniens de les administrer, on a remarqué celui d'être pris avec une grande répugnance, ou d'être souvent difficilement supportés par l'estomac, et d'exciter une exacerbation dans les symptômes, qui force fréquemment d'en suspendre l'usage. La térébenthine cuite n'ayant pas, comme le copahu, une odeur qui provoque souvent des nausées et des vomissemens, est restée plus en vogue contre les affections de la vessie; mais à cet état elle jouit de moins de propriétés que la térébenthine pure, et l'effet en devient souvent nul.

Pour ne pas se priver des avantages attachés à l'emploi de ces deux espèces de médicamens contre les maladies de la vessie et de l'urètre, on les a prescrits en injections dans le rectum, quand l'estomac ne les pouvait supporter, ou bien on a cherché à leur enlever ce qu'ils ont de répugnant à l'odorat et au goût. Mais leur efficacité n'étant pas aussi marquée à l'égard des maladies de vessie, que contre celles de l'urètre, on a dû tenter une autre série de moyens pour la cure des premières: je veux parler de l'action directe des médicamens introduits dans la vessie même.

Encore, bien qu'à diverses époques quelques médecins aient songé à l'utilité qu'on pourrait tirer de ce mode de traitement, l'essai parait en avoir été fait rarement, du moins à en juger par le peu de preuves qu'on trouve de sa mise en pratique. Chopart semble être le premier qui l'ait conseillé. Il commença par des injections d'eau d'orge coupée, ensuite avec l'eau de Barèges. Il alla plus loin, puisque chez un vieillard de 75 ans épuisé par une sécrétion trop abondante de mucus, il pratiqua des injections d'eau blanche (végéto-minérale). La quantité de mucus diminua considérablement, et le malade vit son existence prolongée au-delà de deux années.

L'exemple de Chopart semble avoir été oublié pendant longtemps; ce n'est que depuis peu de temps que les médecins praticiens ont tenté de nouveau quelques essais de médicamens plus actifs que l'eau de Barèges et l'eau végéto-minérale. Sous le rapport de l'espèce d'injections dont il s'agit, M. J. Cloquet, en donnant à la chirurgie sa sonde à double courant, a rendu un service important qui n'est pas assez apprécié; car cette sonde doit, dans beaucoup de circonstances, aider à laver la vessie, la débarrasser de mucosités épaisses qui ont peine à s'écouler par l'urètre, et dont la présence entretient l'inflammation et souvent l'aggrave.

M. Bretonneau a injecté avec succès jusqu'à 45 grains de calomel en suspension dans une eau gommée. Il s'est aussi servi de nitrate d'argent (1 grain) dissous dans 4 onces d'eau distillée, ainsi que du deuto-chlorure de mercure dans les mêmes proportions.

M. Lallemand de Montpellier a également employé ce moyen dans le catarrhe de vessie, ainsi que la cautérisation du col de la vessie. Il relate des avantages réels; mais les accidens que cette méthode a causés dans les

mains d'autres confrères, chez des sujets sans doute trop irritables, a refroidi le penchant pour ces moyens bons en eux-mêmes, mais dont la juste application n'est pas commune. Ils demandent une main aussi hardie qu'habituée aux traitemens variés et difficiles des maladies des voies urinaires.

Nous devons à M. le docteur Souchier de Romans d'avoir tenté dans un cas assez difficile l'usage du baume de copahu en injections, et d'avoir ouvert une source féconde d'avantages pour le traitement du catarrhe de vessie. Le premier emploi qu'il en fit fut chez un vieillard de 74 ans, d'une bonne constitution, laboureur, qui, par excès de fatigues, avait déjà eu en quatre ans trois hématuries (pissemens de sang), que le repos et le régime pendant quelques jours avaient fait cesser. Une quatrième hématurie suivie d'une rétention prolongée d'urine, traitée par les émissions sanguines locales, le cathétérisme et les moyens adoucissans, fut suivie d'un catarrhe vésical tellement intense, que l'urine ammoniacale et les mucosités qui s'échappaient du canal avaient l'aspect purulent, et corrodaient promptement les sondes mises à demeure. Le baume de copahu fut donné à l'intérieur en potion et sans aucun résultat; car après dix-neuf jours de son emploi, il n'y avait encore aucune amélioration notable, et il fallut s'arrêter, l'estomac s'en accommodant difficilement. M. Souchier conçut alors l'heureuse idée d'en faire l'application immédiate dans l'organe malade, et à son grand étonnement il vit à la première injection les accidens graves cesser, et l'écoulement mucoso-purulent disparaître entièrement. Il fit encore quatre autres injections pour assurer la guérison de son malade.

Convaincu des avantages que cette médication immédiate pouvait procurer dans des affections aussi fréquentes et si difficiles à guérir, il l'employa de suite avec le même succès sur huit autres sujets, et s'empressa, en médecin philanthrope, de faire connaître, par la voie des journaux de médecine, cette nouvelle médication qu'il qualifie de traitement spécifique.

Tout en félicitant notre honorable confrère de sa découverte et de son louable empressement à nous la faire connaître, nous regrettons que sa trop facile croyance à la spécificité du traitement qu'il avait inventé, à une époque où la science médicale n'admet plus de spécifiques, l'ait porté à fixer une dose comme règle générale. L'expérience m'a prouvé que cette dose est loin de convenir à tous les malades; elle demande à varier suivant l'irritabilité des sujets. Mais le médicament n'en est pas moins très-bon en principe; c'est à l'habileté du médecin à le modifier pour son malade.

Je ne sache pas que d'autres médecins aient publié des observations sur l'emploi du baume de copahu en injection dans la vessie, et je crois être le premier à Paris qui ait su apprécier à sa juste valeur l'importance de ce nouveau traitement.

M'occupant depuis longues années du traitement des maladies des voies urinaires, ayant fréquemment en ville ou à mon hôpital occasion de traiter des catarrhes de la vessie, soit chez de jeunes sujets ou chez des gens âgés, j'ai saisi avec empressement l'occasion d'expérimenter ce nouveau mode de médication, et je viens ici consigner le fruit de mes observations et des modifications que j'ai été obligé d'apporter pour parvenir à des guérisons que je n'aurais certainement pas obtenues en suivant à la lettre les prescriptions de notre honorable confrère.

M. Souchier, en praticien judicieux, prélude par le traitement rationnel et antiphlogistique, et combat les accidens inflammatoires de la cystite, avant que d'employer les injections stimulantes. Quand les symptômes graves d'inflammation sont dissipés, et que l'écoulement muqueux et abondant de nature diverse persiste, il a recours aux moyens suivans : 1° injections de décoction d'orge miellée (4 à 6 onces) pour laver la vessie et entraîner les mucosités qu'elle contient; 2° nouvelle injection du même liquide, pour s'assurer qu'il n'en existe plus; 3° injection de deux onces de copahu mêlé à une égale quantité d'eau d'orge, qu'on laisse dans la vessie un temps plus ou moins long, qu'il n'indique pas. Ces injections sont répétées plusieurs jours de suite.

M. le docteur Fabre, attaché à mon service à l'hôpital du Gros-Caillou, ayant suivi mes malades et pratiqué lui-même les injections sur un certain nombre d'entre eux, a consigné plusieurs de ces observations dans sa thèse inaugurale sur le catarrhe de la vessie, en août 1835. Je les lui emprunte donc, et j'y joindrai d'autres observations recueillies depuis en ville et à l'hôpital.

Urétrite simple puis cystite aiguë; catarrhe vésical; deux injections; guérison.

Obs. I.—En mai 1835, un militaire âgé de 27 ans, est subitement pris d'un catarrhe aigu de la vessie pendant un traitement par le baume de copahu, pour une urétrite simple. Cette nouvelle maladie, attaquée vivement par les saignées locales, les bains et autres moyens adoucissans, cède en dix jours. Mais un écoulement muqueux abondant a lieu à la suite des urines et dépose au fond du vase. Combattu par la térébenthine cuite, l'eau de goudron, il persistait sans douleur depuis un mois, quand je fis injecter par M. Fabre deux onces de copahu étendu dans quatre onces d'eau d'orge; l'injection est gardée vingt-cinq minutes, puis expulsée par un besoin pressant de la vessie, sans laisser de douleur. Le lendemain, diminution notable des mucosités; nouvelle injection et suppression complète du dépôt muqueux. Après huit jours, ce malade quitta mon service sans avoir éprouvé de nouveaux accidens.

Catarrhe vésical datant de trois mois; mucosités abondantes; émissions fréquentes des urines; douleurs constantes; dérangement des fonctions; amaigrissement; cinq injections à deux onces; guérison.

Obs. II. — M. D., vieillard de 70 ans, vigneron aux Rycées (Bourgogne), rendait depuis trois mois des mucosités abondantes avec et après les urines, urinait

fréquemment, souffrait constamment la nuit et le jour, et voyait peu à peu ses fonctions se déranger, l'amaigrissement survenir, et la tristesse, suite inévitable de cette position pénible, avait remplacé son énergie et sa gaîté habituelles. Cette maladie avait débuté insensiblement et datait de six mois environ. Tous les moyens employés avaient été infructueux, et cet homme, désespéré et exaspéré par la souffrance continuelle, devenu morose, ne rêvait qu'une fin prochaine. Consulté en août 1834, pour remédier à ce fâcheux état, j'engageai son médecin à pratiquer des injections balsamiques; à la cinquième pratiquée à intervalle d'un jour, les mucosités cessèrent; une sixième et dernière injection termina le traitement, et depuis ce temps sa santé n'a souffert aucune atteinte; M. D. a repris sa gaîté ordinaire.

Rétrécissement; catarrhe vésical; cautérisation et dilatation réunies; injection; hématurie, cystite aiguë; injections nouvelles, guérison.

Obs. III. — Un soldat, âgé de 35 ans, portant depuis longtemps un rétrécissement de l'urètre et un catarrhe vésical, vivait depuis trois mois à l'hôpital. La cautérisation et la dilatation réunies avaient guéri les obstacles du canal, mais le catarrhe subsistait et ne tarissait pas. Une injection de deux onces de copahu excite une vive douleur à la vessie, ne peut être gardée plus de dix minutes, et son excrétion est le début d'un inflammation vive avec hématurie (pissement de sang) qu'il faut combattre activement par les moyens ordinaires, plus une sonde à demeure pendant trois jours. Après huit jours, la guérison du catarrhe chronique fut obtenue par l'inflammation aiguë; mais le malade acheta cette guérison par des douleurs vives, une inflammation très-intense, un pissement de sang, une fièvre ardente et des accidens qui compromettaient gravement son existence.

Cette observation me confirma dans l'opinion où j'étais que la quantité de baume de copahu devait varier dans les injections suivant l'idiosyncrasie des malades, qu'il serait utile de les rendre moins excitantes par l'addition de préparations narcotiques; et je me tins par la suite en réserve dans mes nouveaux traitemens, en débutant par des doses modérées et en leur associant les préparations d'opium, de belladone et de jusquiame, suivant les circonstances.

Injections balsamiques variant de deux gros à deux onces.

Obs. IV. — G..., artilleur, entré dans mon service le 26 août 1835, y fut traité successivement avec succès d'une urétrite aiguë, puis d'une orchite très-intense. Il allait quitter l'hôpital, quand, le 10 octobre, des symptômes de catarrhe aigu de la vessie se montrent tout à coup, et s'élèvent assez pour déterminer une émission fréquente et douloureuse d'urines rouges et sanguinolentes. Un traitement actif dissipe promptement ces symptômes graves; mais les urines charrient avec douleur des mucosités abondantes qui persistent malgré les moyens employés. Le 24 octobre et jours suivans, injections de deux gros de baume de copahu dans la vessie; soulagement marqué; émission moins sensible des urines; dépôt de mucosités notablement diminué. Le copahu est porté à une once, et injecté chaque deux jours jusqu'au 4 novembre. Le malade sort vers le milieu de ce mois entièrement guéri.

Catarrhe lentement développé sans douleur; injections de deux gros a demi-once de copahu; guérison.

Obs. V. — S. M..., sergent, est entré à l'hôpital le 24 juillet 1835, pour une urétrite aiguë accompagnée de vives douleurs qui disparaissent par un traitement simple et antiphlogistique. Au 18 août, marche lente vers la guérison. Retour d'accidens inflammatoires au périnée avec gonflement, induration, de nouveau combattus par trois émissions sanguines locales et autres moyens adoucissans. Vers le 15 septembre, le malade fait remarquer que ses urines laissent déposer une grande quantité de mucosités. Ce dépôt existait depuis le 18 août. Régime léger, pilules de Beloste; les urines reprennent leur limpidité ordinaire. Potion de Chopart pendant plusieurs jours de suite, pour achever de dissiper l'écoulement urétral; mais elle est digérée avec peine. Suspension, puis continuation de l'écoulement.

Le 14 octobre, retour des mucosités vésicales et suppression de celles de l'urètre.

Les 17 et 18, injections dans la vessie de deux gros de copahu. Après la deuxième injection, accès de fièvre de 24 heures qui force à suspendre pendant cinq jours ce nouveau traitement. Reprise des injections du 23 au 29 à la dose d'une demi-once; cessation sans retour des accidens et sortie du malade après un mois de guérison.

Cystite aiguë suite d'urétrite; deux rétrécissemens; cautérisation; dilatation; mucosités; injections; accidens, puis guérison.

Obs. VI. — Lambert, sergent, d'une constitution irritable, avait séjourné à l'hôpital près de deux mois pour des accidens divers survenus pendant le traitement d'une urétrite aiguë, entre autres par une constipation opiniâtre, combattue avec succès par le petit-lait, l'huile de ricin et les lavemens. Sous l'influence d'une dose de potion de Chopart que l'estomac répugna à digérer, un trouble général survient avec fièvre et se termine par une cystite aiguë et la cohorte de tous les symptômes douloureux. Il reste après le traitement, au col de la vessie, une sensation de chaleur, et les derniers jets de l'urine sont suivis d'une matière visqueuse et verdâtre.

En cherchant à explorer la vessie, on reconnaît un rétrécissement à cinq pouces et demi, qui de suite est traité par la cautérisation appliquée tous les quatre jours. Au quinzième jour le rétrécissement est franchi avec facilité; on en constate un deuxième à six pouces

et demi. Le onzième jour la sonde entre avec facilité; les urines coulent plus librement; un dépôt abondant de mucosités existe toujours. Première injection à quatre gros dans quatre onces d'eau d'orge; elle est gardée un quart d'heure et ne détermine rien de remarquable. La deuxième cause une vive irritation avec émission plus difficile et plus fréquente d'urines; sensibilité au périnée; diminution de la quantité de mucosités sécrétées par la vessie; érection douloureuse pendant la nuit.

Suspension des injections balsamiques et retour aux émolliens narcotiques. Après quatre jours on reprend les injections plus étendues et on les continue pendant huit jours, sans augmenter la dose du copahu. Les mucosités diminuent graduellement et disparaissent enfin complétement après dix injections à doses modérées, dont la plus forte ne dépasse pas une once.

Urétrite; cystite chronique datant de deux années; deux rétrécissemens; cautérisation et dilatation; injections avec le copahu; petite capacité de la vessie; accidens; injections narcotiques et balsamiques; guérison.

Obs. VII.—M. L..., sergent au 61e de ligne, âgé de 28 ans, d'une forte constitution, entra en juillet 1831 à l'hôpital de Rouen pour une urétrite très-aiguë, et y fut soumis à un régime antiphlogistique très-sévère. Après trois mois de séjour et pendant l'usage du copahu il est atteint des symptômes d'une cystite aiguë, tels que douleurs vives dans la région de la vessie; envies fréquentes d'uriner, accompagnées de douleurs aiguës lorsqu'il satisfait à ce besoin; urines brûlantes, rougeâtres, déposant au fond du vase. Quelques gouttes de sang pur suivent souvent la sortie des urines. Le malade quitte l'hôpital en janvier 1832 (six mois de séjour), conservant encore des symptômes de sa maladie de vessie, malgré un traitement sévère et des saignées locales très-réitérées. Il reprend son service et fait la campagne de Belgique, nonobstant la mauvaise saison qui aggrave l'inflammation de vessie et détermine très-fréquemment l'issue du sang avec les urines. De retour à Paris, il reste six semaines au Val-de-Grâce où il n'éprouve aucun soulagement d'un traitement approprié à sa position, et ayant consisté en plusieurs applications de sangsues, bains fréquens et prolongés, lavemens huileux et opiacés, alimentation lactée et fort légère. Trois jours après il entre à l'hôpital du Gros-Caillou avec des symptômes de gastro-entérite compliquant les accidens des organes génito-urinaires.

Symptômes existant à son entrée. Envie fréquente d'uriner d'heure en heure, que le malade ne peut satisfaire qu'avec effort, et en rendant l'urine goutte à goutte accompagnée de stries sanguines ou de sang pur. Souffrances excessives pendant l'émission des urines, siégeant en grande partie à l'extrémité du gland, puis au col de la vessie. La nuit les douleurs sont plus vives et les urines expulsées toutes les demi-heures; accès de fièvre chaque soir; sommeil interrompu et fatigant; urines claires à leur issue et déposant en se refroidissant un nuage très-épais. Après un mois de traitement consistant en applications réitérées de sangsues au périnée, à l'anus, des bains émolliens; emploi des émulsions et des narcotiques à l'intérieur et un régime léger. Le malade éprouve une amélioration marquée; la douleur en urinant est diminuée; l'urine dépose toujours et les besoins d'uriner sont toujours fréquens. Le malade est sondé et on constate la présence de deux rétrécissemens, l'un à quatre pouces, l'autre à cinq pouces et demi. En deux mois les rétrécissemens sont guéris par la cautérisation et la dilatation réunies. Alors cessent les douleurs vives en urinant, mais l'émission des urines est toujours fréquente et accompagnée d'un dépôt muqueux assez épais, et plus abondant qu'au début.

Août. Première injection de copahu, un gros, dans deux onces d'eau d'orge, en deux fois pour cause du peu de capacité de la vessie; elle ne peut contenir qu'une once environ du liquide qui est expulsé après quelques minutes de séjour. On réitère de suite l'injection.

Les premières injections étant bien supportées, on porte graduellement le baume de copahu à une once dans quatre onces de liquide. Treize injections avaient amené une amélioration notable, lorsque des accès de fièvre en firent suspendre l'emploi. Les douleurs au col de la vessie et en urinant augmentèrent. Après quelques jours les mucosités étaient en aussi grande abondance qu'avant l'emploi des injections.

Pendant six semaines je quitte mon service, et en mon absence, on traite ce malade par la térébenthine, les vésicatoires à la partie interne des cuisses, les frictions stibiées, l'eau de goudron, etc. Aucune amélioration.

15 octobre. Retour aux injections portées graduellement à une once de copahu. A la dixième, les mucosités ont disparu. La douleur est presque nulle en urinant, et les envies d'uriner sont moins fréquentes.

2 novembre. Imprudence du malade suivie d'un accès violent de fièvre avec frisson; chaleur et sueur abondante. Régime sévère jusque 10 novembre, époque de la cessation de ces mouvemens; accidens, pendant lesquels les urines ont repris leur limpidité normale et sans que les douleurs de la vessie se soient reproduites; mais au fur et à mesure que la santé se rétablit, les mucosités reparaissent.

Au 25 novembre. Reprise des injections de deux en deux jours, en y associant l'extrait de belladone à la dose d'un demi-gros; le copahu est augmenté peu à peu jusqu'à une demi-once par injection. En un mois disparition complète et par gradation des douleurs au col de la vessie; en urinant, beaucoup moins de fréquence dans l'émission des urines, qui sont revenues à leur état naturel. La capacité de la vessie depuis l'emploi de la belladone s'est augmentée au point de contenir deux onces et demie. Le malade n'urine plus que sept à huit fois dans les vingt-quatre heures. Il quitte l'hôpital le 6 janvier pour aller en congé dans sa famille, après huit mois de séjour à l'hôpital.

Je pourrais ici consigner plusieurs observations dans lesquelles j'ai, dès le début, associé les narcotiques avec

les balsamiques; mais pour abréger, je me contenterai de dire que cette réunion de médicamens est celle qui convient le mieux aux sujets irritables chez lesquels les douleurs existent depuis longtemps, et supposés, avec raison, d'une susceptibilité nerveuse poussée à un haut degré.

Les injections composées alors avec laudanum un gros, baume de copahu deux gros, et décoction d'orge deux onces, sont faites à doses entières et souvent à demi-doses, laissées dans la vessie de dix à quinze minutes au plus. Si les malades les supportent facilement et sans qu'elles produisent une sur-excitation trop vive, on les augmente graduellement en quantité, et on les laisse séjourner plus longtemps dans l'organe malade. J'ai obtenu, de cette manière, quelques cures dont j'avais presque désespéré, chez des hommes âgés et qui, depuis longtemps, rendaient avec beaucoup de douleurs des mucosités abondantes.

Mais il est des vessies devenues tellement irritables, douloureuses, que la présence d'un liquide légèrement excitant ne peut être supporté sans causer un surcroît de souffrances insupportables, et des accidens généraux qu'il faut éviter avec soin. Aussi est-il prudent, au début d'un traitement, de reconnaître la susceptibilité des organes urinaires, en commençant par des injections émollientes d'abord, rendues ensuite narcotiques, et de ne passer à l'emploi des balsamiques qu'après avoir diminué ou éteint, par des moyens locaux et généraux, cet état d'exaspération des maladies génito-urinaires, si contraire à l'emploi des médicamens curatifs.

Cette exaspération de symptômes dépend le plus souvent d'une inflammation chronique de la vessie et de ses annexes, et plus rarement d'une névrose de ces organes. Les observations suivantes m'ont conduit à établir ce précepte.

Catarrhe chronique ancien; petite capacité de la vessie; urines fétides; émissions fréquentes et douloureuses des urines; injections émollientes, narcotiques, puis balsamiques; guérison.

Obs. VIII. — Un homme, âgé de 62 ans, d'une constitution primitivement robuste, mais considérablement affaiblie par trois années de souffrances, occasionnées par un catarrhe chronique de la vessie, vint me consulter en janvier 1836. État de santé à cette époque : envies fréquentes d'uriner; douleurs vives en urinant, dans l'hypogastre et le bout de la verge et à la prostate; urines fétides, troubles et souvent bourbeuses; mucosités abondantes et filantes, laissant un dépôt considérable et adhérent dans le vase. Les nuits sont horribles par la fréquence d'envies d'uriner, chaque demi-heure environ, suivies d'une petite quantité d'urine rendue avec de vives douleurs. Exacerbation chaque soir; perte des forces, de l'appétit; maigreur.

Plusieurs traitemens infructueux avaient été faits depuis l'origine de la maladie, et tous les moyens connus avaient inutilement été employés. Une sonde passée fit reconnaître le canal de l'urètre intact et la vessie libre de tous corps étrangers, mais la présence de la sonde causa une vive douleur au col de la vessie.

Traitement pendant la première quinzaine. Bains généraux et locaux, régime lacté; boissons adoucissantes peu abondantes; six saignées locales à l'anus et au périnée par douze sangsues chaque fois; frictions oléo-narcotiques à l'extérieur; la thridace à l'intérieur; trois injections par jour avec eau de guimauve.

Le malade les pratique lui-même avec facilité, d'abord avec la sonde à double courant de M. Cloquet, puis avec la sonde Mayor, n. 1, et emploie à chaque injection une pinte de liquide en cinq à six injections; il préfère ce mode de lavage comme nétoyant mieux la vessie. Soulagement marqué dû à ce traitement préparatoire.

Pendant la seconde quinzaine, les injections sont rendues légèrement narcotiques par l'addition de l'extrait de belladone, dix grains par pinte, et sont supportées sans accidens. Continuation du même régime et des bains; cessation des saignées locales. La vessie contenait à peine au début deux onces d'injections. A la fin du mois elle gardait sans douleur quatre onces de liquide et pendant un quart d'heure. Les mucosités sont aussi abondantes, mais moins visqueuses et moins épaisses.

J'ajoute alors quatre grains d'opium par pinte d'eau émolliente, et je continue la belladone à dix grains pendant huit jours. Ensuite un gros de baume de copahu une fois le jour dans quatre onces de cette injection. Huit jours s'écoulent pendant lesquels les douleurs et les mucosités diminuent sensiblement.

Alors deux gros de copahu sont employés dans chaque injection encore pendant une semaine. Je passe à une demi-once associée aux émolliens et aux narcotiques. Cette dose est gardée pendant trente minutes sans produire d'accidens. Enfin j'arrive à une once en augmentant graduellement de deux en deux gros, et le malade reprenait également peu à peu un régime plus nutritif, du sommeil, de l'espoir, des forces; il perdait ses souffrances habituelles, ses fréquences d'uriner, les urines revenaient à leur état normal. Après deux mois et demi de ce traitement la guérison fut achevée. Le malade conserve depuis le besoin de vider la vessie d'heure et demie en heure et demie environ; mais les nuits ne sont interrompues que trois fois, lorsqu'il a la précaution de boire modérément dans la soirée. On peut juger par ce symptôme du peu de capacité de la vessie, sans doute déterminée par l'épaississement de ses parois pendant le cours de cette longue maladie.

Cystite aiguë passée à l'état chronique, depuis six mois; mucosités purulentes; émission fréquente et douloureuse des urines; injections narcotiques; guérison lente.

Obs. IX.— Madame..., âgée de 73 ans, d'une constitution irritable, quoique encore assez forte, fut atteinte, en décembre 1835, d'une inflammation vive de la vessie avec hématurie légère et de peu de durée. Un

traitement simple et rationnel, trois applications de sangsues et les moyens d'usage firent en deux mois cesser les accidens les plus graves; mais l'inflammation passa à l'état chronique, sans qu'un autre traitement fût employé pour y remédier.

Consulté en mai dernier, j'explorai la vessie que je trouvai vide de corps étrangers, mais douloureuse quand la sonde touchait ses parois; les urines étaient fréquentes et rendues en petite quantité avec de vives douleurs; un sédiment muqueux, d'aspect purulent, déposait au fond du vase. Malgré les nuits mauvaises et les souffrances habituelles, les fonctions digestives étaient en assez bon état. Injections émollientes pendant six jours répétées trois fois le jour; frictions oleo-narcotiques sur la région hypogastrique; bains de siége et entiers; régime léger et maigre; amélioration peu marquée; vingt gouttes de teinture de belladone sont ajoutées à chaque injection, et augmentée successivement jusqu'à quarante gouttes; influence marquée de cette médication sur les douleurs et la fréquence des urines, mais non sur la nature des urines, qui déposent, comme de coutume, un sédiment mucoso-purulent. La capacité de la vessie ne contient qu'une once et demie avec peine. Injection de deux gros de baume de copahu, d'un demi-gros de teinture de belladone suivie de douleurs vives qui durent plus de deux heures, retentissent dans toute l'économie, et déterminent un accès violent de fièvre avec frisson; chaleur et puis irritation dans les organes extérieurs de la génération; retour aux injections belladonées faites deux fois le jour avec l'extrait étendu dans l'eau émolliente; diminution notable du sédiment purulent, devenu moins épais. Au douzième jour, suppression totale des douleurs: les injections sont gardées de 15 à 20 minutes; le mucus clair et peu abondant; la belladone est augmentée de cinq à quinze grains successivement dans deux onces de liquide, et gardée facilement par la vessie devenue moins irritable; enfin cette malade, âgée et d'une irritabilité extrême, fut guérie après trois mois et demi d'un traitement local adoucissant et narcotique dont la belladone fit presque seule les frais.

Au moment où je publie ce mémoire, la malade, par suite d'imprudence dans le régime, est en proie à une inflammation lente du tube digestif qui compromet son existence, la vessie participe de cet état plegmasique, mais à un degré modéré, et les mucosités sont en très-petite quantité.

En résumant les observations ci-dessus il est facile de concevoir les avantages que l'on peut retirer des injections émollientes, narcotiques et balsamiques, dans le traitement du catarrhe vésical, soit récent, soit passant ou passé à l'état chronique, et non compliqué de la présence de corps étrangers ou de tumeurs développées dans l'intérieur de la vessie. Mais on en peut déduire certainement de prime-abord que l'emploi des injections balsamiques ne peut être prescrit chez tous les malades, comme sembleraient l'indiquer les observations publiées par M. Souchier. On peut cependant se rendre raison du succès constant obtenu par ce confrère, si on calcule qu'exerçant la médecine à la campagne et loin des grandes villes, il a dû rencontrer des constitutions moins irritables, des organes moins susceptibles, qui supportent plus facilement l'action excitante de certains médicamens. J'ai éprouvé le même succès chez mes deux premiers malades, sujets peu nerveux et peu irritables.

Après avoir tâtonné la combinaison de ces injections sur une trentaine de malades atteints de catarrhes de la vessie à diverses périodes, soit récens, soit passant ou passés à l'état chronique, l'expérience m'a porté à tracer les règles suivantes:

1° Débuter toujours par des injections émollientes avec une seringue graduée, pour s'assurer de la capacité de la vessie et de son irritabilité.

2° Ne jamais pousser l'injection au delà de la capacité de la vessie, car on y provoquerait une contraction douloureuse, et le rejet du liquide introduit.

3° Ne pas négliger les autres moyens adoucissans propres à calmer l'inflammation et la douleur locale, l'érethisme général, etc., etc.

4° Associer graduellement les narcotiques aux émolliens et les augmenter peu à peu de quantité suivant les effets obtenus.

5° Ne pas craindre d'en augmenter proportionnellement les quantités. Je n'ai pas encore observé de narcotisme par leur absorption.

6° Renouveler trois, quatre ou cinq fois les injections par jour.

7° Si le canal de l'urètre n'est point douloureux, se servir de préférence de cathéters Mayor; leur poids facilite leur introduction et les malades apprennent promptement à s'en servir.

8° S'il existe un rétrécissement, le traiter d'abord et commencer immédiatement les injections émollientes, puis narcotiques ou détersives; le cathétérisme Mayor modifié suivant les circonstances, est le meilleur et le plus efficace moyen pour arriver plus vite à ce résultat.

9° Attendre pour employer les injections balsamiques que l'état d'érethisme de la vessie et de ses annexes soit calmé par l'usage des injections émollientes et narcotiques.

10. Ne les laisser séjourner dans la vessie que de dix à vingt minutes progressivement.

11° Augmenter graduellement et avec précaution la dose de baume de copahu, afin d'éviter la surexcitation trop prompte de la vessie et les accidens qui en résulteraient.

12° Faire les injections balsamiques une fois le jour au plus, chaque deux jours le moins.

13° Ne les cesser qu'après l'entière disparition de la sécrétion mucoso-purulente.

14° Les suspendre momentanément si des symptômes d'inflammation des muqueuses digestives se manifestaient

Sur six faits nouvellement recueillis en ville, je choisis le suivant pour prouver que les règles ci-dessus tracées doivent être observées dans l'emploi des injections balsamiques.

Obs. X. — M. C..., correcteur d'une grande imprimerie, âgé de 45 ans, d'une santé assez délicate, d'une constitution grêle, venait de subir un traitement actif par les saignées générales et locales et les rubéfians pour un rhumatisme général compliqué de cardite, en janvier et février dernier, lorsqu'en avril, au retour de la campagne où il avait été passer un mois de convalescence, il se plaignit de gêne dans l'émission des urines avec douleur dans le canal, datant depuis longtemps, ayant cessé pendant sa maladie et reparaissant depuis sa guérison. Le méat urinaire est enflammé; il y a un suintement blanc, verdâtre. Une bougie exploratrice de petit calibre pénètre avec douleur et constate un rétrécissement à quatre pouces et demi. Une sonde d'étain, demi-numéro de Mayor, est introduite avec peine et souffrance dans la vessie. En huit jours, 20 sangsues au périnée, des bains de siége et généraux, et les autres moyens antiphlogistiques enlèvent les douleurs du canal et de l'hypogastre. J'apprends alors que depuis plus d'un an, les urines constamment fréquentes et bourbeuses déposent un sédiment muqueux abondant. Injections émollientes trois fois le jour, avec un cathéter Mayor n° 1 pendant huit jours. Succèdent les injections narcotiques avec le cathéter Mayor n° 2 pendant dix jours. Toutes les douleurs de la vessie sont dissipées et le dépôt muqueux est moins abondant et moins épais.

Les injections balsamiques unies aux narcotiques avec deux gros de baume de copahu, sont mises en usage chaque jour. A la deuxième, diminution notable du sédiment sans réveiller des douleurs vésicales. A la quatrième, cessation presque complète du dépôt muqueux; j'introduisis alors sans peine le n° 3 pour rendre au canal sa première dimension. Une cinquième injection est pratiquée avec une once de copahu, cette dose réveille des douleurs dans la vessie et le testicule gauche. Le malade, depuis quelques jours, à la suite d'un refroidissement, était sous l'influence d'une irritation gastro-bronchique; la fièvre survient et une orchite se développe; les urines fortement odorantes, déposent de nouveau un mucus peu abondant. En quinze jours tous ces accidens se dissipent par un traitement approprié, les injections narcotico-balsamiques à deux gros, sont reprises chaque deux jours, et à la quatrième, il ne restait plus de sédiment dans les urines.

N° 41. — 6 Oct.

Histoire d'un cas remarquable de nécrose du frontal, suivie de quelques considérations sur la mortification des os du crâne; par M. Petrequin, D. M. P.

Tout le monde sait que la nécrose attaque principalement la substance compacte du tissu osseux, et que c'est dans le squelette des membres qu'on l'observe le plus fréquemment; aussi est-ce surtout dans le corps des os cylindriques qu'elle a été étudiée jusque dans ces derniers temps. La mortification des diverses pièces de la boîte du crâne a beaucoup moins fixé l'attention; je ne connais que Léveillé (*Mémoires de physiologie et de chirurgie pratique*, 1804) et F. Ribes (*Dict. des sciences méd.*, t. 35), qui en traitent en particulier avec quelque étendue. Le professeur Boyer n'en donne aucun exemple (*Traité des malad. chir.* 1831, t. 3); M. L.-J Janson, (*Diction.* en 15 vol., t. 11, 1834) n'en rapporte que deux recueillis par Dupuytren et M. Cullerier; et si j'ajoute quelques observations de Saviard et de Sabatier, et les deux cas de Percival Pott, cités par Samuel Cooper, etc., on aura à peu près un inventaire de ce que la science possède de plus important sur cette matière. L'état de nos connaissances m'a semblé donner un nouvel intérêt à l'observation suivante, que j'ai cru devoir en conséquence rapporter avec quelque détail, tant à cause de la rareté de cette affection, que des considérations intéressantes auxquelles elle peut prêter.

Le sujet est un homme d'une constitution robuste, rentré dans son pays (Isère) en 1815 à l'âge de 29 ans, après un service militaire de huit ans, et depuis lors livré aux travaux de la campagne.

A. En 1823, dans le mois d'août, après les fatigues de la moisson et du battage des blés, il commença à ressentir quelques douleurs de tête sourdes et rémittentes; la céphalalgie, circonscrite au coronal, empira et devint continue; et quelques jours après, le front tout entier fut le siége d'une tuméfaction diffuse, aplatie, sans rougeur à la peau, et très-douloureuse. Cet état de souffrance dura deux ans; à la fin, les douleurs, continues, devinrent intolérables; le malade, pour me servir de ses expressions, *était comme un enragé;* il souffrait horriblement, et ne pouvait s'empêcher de pousser des cris; il perdit le sommeil pendant six mois, et dépérissait. Les secours qu'il chercha dans la médecine le soulagèrent fort peu. Cependant, de la surface de l'engorgement, il s'éleva deux tumeurs qui se circonscrivirent au-dessus des yeux, et qui, dures d'abord, se ramollirent ensuite et s'ulcérèrent; le dégorgement s'opéra; un soulagement très-marqué s'ensuivit, puis la suppuration se tarit peu à peu, et les ouvertures se fermèrent au bout de quelque temps. Le malade eut alors quelque répit, reprit l'appétit, et put recommencer à travailler. Il en profita pour aller dans le Lyonnais exercer l'état de vigneron : il y resta 4 ans.

B. A cette époque la céphalalgie reparut; il prit mal aux yeux: les paupières supérieures se tuméfièrent; il y avait larmoiement. Il continua néanmoins à travailler; mais le soir, après les fatigues de la culture de la vigne qui exige un travail pénible et une position fort incommode, où le corps est courbé et le front penché, ce qui facilite l'abord et le séjour du sang dans le crâne, le soir la tête était pesante, et le siége d'un malaise indéfinissable. Il était accablé, comme étourdi, avait une tendance insolite à l'assoupissement, et dormait d'un sommeil lourd et prolongé. Je le vis par hasard en 1830; il faisait traiter ses yeux, ne se doutant pas de la maladie qu'il portait, et dont je ne sus les détails que plus tard. La tuméfaction frontale recommença

à s'élever de nouveau, et forma deux saillies sur les yeux, une troisième sur l'épine nasale, et une quatrième au sommet du coronal. Toutes se ramollirent, et dans l'hiver de 1831 à 1832, un jour qu'il défrichait un bois, les quatre tumeurs crevèrent dans un violent effort qu'il fit; un grand dégorgement s'opéra par suite de l'écoulement de beaucoup de sérosité et de pus sanguinolent. Les ouvertures cette fois ne se refermèrent pas; et loin d'avoir aucune tendance à la cicatrisation, elles végétèrent et restèrent fistuleuses; une suppuration séreuse en dégouttait continuellement.

C. En avril 1832, il vint à Lyon consulter M. Gensoul, chez qui je l'examinai. Le frontal semblait soulevé; la percussion avec le stylet rendait un son mat, heurtait sur un corps rugueux, et donnait la sensation d'une mobilité insolite, mais encore obscure. Il est clair que l'os avait cessé de vivre, qu'il était dépouillé de son périoste, et déjà détaché en partie. La nécrose suivait une marche très-chronique: de là vient qu'elle provoquait peu d'irritation sympathique dans les viscères splanchniques; la digestion et la nutrition s'exécutaient assez bien. Le malade s'en retourna sans subir l'extraction. Le travail d'élimination fut long; la suppuration l'affaiblissait; il perdit l'appétit, et éprouva des coliques et de la constipation. Un liquide séreux, grisâtre, très-fétide, s'écoulait des fistules en telle abondance, qu'en mars 1833 il équivalait à environ un litre par jour. Le malade que je vis alors dans une excursion que je fis dans le Dauphiné, était si faible et si souffrant que je ne pus l'examiner; souvent, quand il se baissait ou faisait des efforts de défécation, il se manifestait, au lieu de pus, un écoulement de sang; il eut plus de trente hémorrhagies considérables dans l'espace de dix mois, pendant lesquels il ne quitta pas le lit ou la chambre; les douleurs de tête étaient presque continuelles, avec exacerbation le soir; il lui semblait qu'on lui brisait le crâne. Il n'avait plus de sommeil; les facultés intellectuelles ne furent pas troublées. Dans le mois de mai, il fut pris d'une paralysie de la sensibilité dans les membres abdominaux; il pouvait se tenir droit et même marcher, avec peine toutefois, mais il ne s'apercevait plus ni du froid ni du chaud, se pinçait sans en souffrir, et croyait ses jambes entièrement mortes. En somme, il était dans un tel état, que tout le monde, dans le village, le regardait comme voué à une mort prochaine. La tumeur frontale cependant se porta insensiblement à droite; le coronal ébranlé, et peu à peu détaché, tomba sur la paupière de ce côté; il la déforma même et l'abaissa au point que le malade commença à perdre la vue, qu'il ne recouvra plus; puis l'os perça la paupière, la coupa et priva ainsi l'œil de son voile, en ôtant même l'espoir de lui rendre la vue un jour. Au milieu de ces désordres, il n'y eut jamais ni indigestion, ni vomissement; l'appétit persista; la soif était intense; il buvait par jour plusieurs litres de lait et de petit-lait; des coliques, une constipation opiniâtre et douloureuse, une suppuration excessive et un dépérissement progressif, semblaient annoncer l'imminence d'une issue funeste, lorsque lui-même, en juillet 1833, s'arracha le frontal nécrosé tout d'une pièce, à travers la fistule du côté droit.

Il éprouva un soulagement instantané qui alla toujours en augmentant; les fistules se fermèrent, sauf une seule; la paralysie cessa; l'appétit et les forces revinrent, avec l'exercice normal de toutes les fonctions; l'amaigrissement se répara; et lorsque je le revis en novembre 1834, il se portait bien. Voici dans quel état je le trouvai. La haute fistule du front s'était desséchée et cicatrisée sur les bords, et il restait au centre une ouverture avec déperdition de substance à la peau de la largeur d'un pouce sur seize lignes de hauteur, où l'on voyait à nu une membrane épaisse, dure, collée à l'os, indolore à la pression, et offrant l'aspect fibreux et poli d'une aponévrose que je présumai être de la dépendance du péricrâne. Les deux ouvertures sourcillères s'étaient cicatrisées; la paupière supérieure droite, qui avait été taillée sur le séquestre, ne présentaient point de cils; la peau en était rouge, enflammée, boursoufflée, et coupée en V renversé dans cette forme Λ, et qui laissait une ouverture triangulaire au globe oculaire, qui ne pouvait ainsi être recouvert. La cornée transparente était devenue opaque et comme tapissée d'une taie; il y avait encore une sensation obscure de lumière. A gauche, où la vue était conservée, la paupière supérieure était constituée par un gros bourrelet rougeâtre qui retombait sur l'œil; en l'examinant avec soin, je vis qu'elle était renversée en dehors, et distinguai des cils dans la profonde fente transversale qu'elle présentait. L'œil n'était recouvert qu'à peine, ce qui rendait l'impression de la lumière douloureuse. Depuis lors, la vue s'est complétement perdue des deux côtés. La seule ouverture qui fût restée béante existait sur l'os nasal gauche; elle était ronde; j'y pus engager une plume à écrire; les bords en étaient recouverts par la peau qui s'y prolonge. Ainsi elle ne se refermera jamais naturellement.

Le frontal nécrosé n'était point divisé en ses deux portions primitives; il était sorti tout d'une pièce. Il était, au moment de son extraction, garni de bourgeons charnus, surtout vers sa face interne. Mais alors, le malade l'ayant fait macérer dans du vinaigre, il était aride, nitraté, rugueux, inégal, offrant l'aspect terreux des os d'une momie; il avait du reste conservé sa forme; ses bords étaient peu accordés; seulement les dents des engrenures avaient disparu. Il avait laissé, en tombant, un os identique.

Quelle a été la cause de cette nécrose? faut-il en accuser une ancienne syphilis qui fut mal traitée et dont les funestes effets auraient été favorisés par l'insolation et par les fatigues militaires? Il est à noter qu'il partit pour la campagne de Russie immédiatement après un séjour de trois ans en Italie; qu'à Smolensk il eut une balle dans le genou gauche; que depuis, dans la retraite, il reçu, près de Leipsick, un coup de sabre au bras et dix coups de lance, dont trois à la tête. Pendant sept heures il resta comme mort sur le champ de bataille, eut ensuite beaucoup à souffrir du froid, et mit plus de huit mois à se rétablir. La nature des douleurs qui s'exaspéraient la nuit, et la marche lente de la maladie qui fut dix ans à se terminer, sembleraient

confirmer cette opinion, qui s'accorde avec cette observation du professeur Boyer, que la nécrose chronique est le plus souvent due au virus vénérien. (*Maladies chroniques*, 1831, t. 3, p. 441). Au reste, je dois dire que depuis lors il n'a eu aucun ressentiment de syphilis. Samuel Cooper a observé que les travaux pénibles y prédisposent. J'ai plusieurs fois entendu M. Janson faire la remarque que la nécrose est plus commune aux environs de Lyon qu'à Paris. Ainsi diverses circonstances ont pu favoriser son développement.

Weidmann a expliqué aussi l'espèce de prédilection de cette affection pour la substance compacte : on l'observe, dit-il, plus souvent dans cette substance où le principe de la vie est moins actif et s'éteint avec plus de facilité; elle attaque au contraire moins fréquemment la substance spongieuse, parce que celle-ci étant pourvue de vaisseaux plus nombreux et douée d'une plus grande vitalité, la suppuration s'y développe plus promptement ; et encore, ajouterai-je avec le professeur Boyer (t. 3, p. 422), parce que les os y sont plus rapprochés de la manière d'être des parties molles, et plus susceptibles de supporter le travail inflammatoire. Il faut de plus, pour les os du crâne, noter que le cortex est plus extérieur et plus exposé aux injures des agens vulnérans. Au reste, ces motifs qui excluent la fréquence, n'excluent pas la possibilité de la mortification dans le tissu spongieux, et à ce propos il suffit de rappeler les cas observés dans l'astragale (Duverney), dans l'os innominé (Weidmann), dans l'omoplate (Chopart), dans les os sus-maxillaires (Ribes, *Dict. des sciences méd.*, t. 36), dans l'olécrâne (Blandin), dans les os du tarse (Sanson), dans les corps des vertèbres (Petrequin), etc.

Je crus d'abord que l'exfoliation avait compris toute l'épaisseur du frontal ; et comme un os manifeste le remplace, c'eût été un cas des plus curieux, attendu que dans les os du crâne on n'a pas vu la régénération se faire. Ainsi Percival Pott, qui a observé la nécrose soit dans le coronal, soit dans le pariétal, ne l'a point constatée ; le cas le plus remarquable, et celui où l'on eut pu le mieux suivre le travail de la reproduction, est sans contredit celui qu'a rapporté Saviard ; il est relatif à une femme chez qui, à la suite d'une ancienne plaie de tête de deux ans, les deux pariétaux, le sommet du frontal et l'angle de l'occipital, s'exfolièrent dans toute leur épaisseur et se séparèrent en même temps, en laissant la dure-mère à nu. La cicatrice mit plus de huit mois à se former, resta toujours molle, et ne cessa jamais d'être agitée par les mouvemens du cerveau. Cependant il paraît que le professeur Dupuytren a observé une fois, que dans une nécrose du crâne survenue à la suite d'un coup sur la tête, le péricrâne, resté sain, s'ossifia ; et M. Cullerier a récemment publié un autre cas où, à la suite d'une large exfoliation, la dure-mère s'ossifia aussi sur quelques points. (*Dict.* en 15 vol., 1834, t. 11). Mais il y a loin de là à une reproduction complète des os. La plupart des auteurs, Weidmann, Sabatier, Boyer, Léveillé, S. Cooper, etc., la nient pour les pièces du crâne. M. F. Ribes dit : « Jamais encore on n'y a vu » de régénération, ce qui prouve, beaucoup mieux qu'on » ne le savait, que ces os sont réellement enveloppés » par deux membranes de nature entièrement différente. » En effet, la désorganisation du péricrâne détermine la » nécrose, et alors il ne peut plus rien pour la reproduc- » tion de l'os. La dure-mère qui tapisse le crâne inté- » rieurement y entretient la vie ; mais elle ne paraît » pas avoir les qualités requises pour rassembler les » matériaux propres à la régénération. (*Dict. des scien-* « *ces méd.*, 1819, t. 35.) » Ainsi elle ne peut pas servir à une ossification régulière. On a même remarqué depuis Tenon, qu'après l'application du trépan, bien que cette membrane reste saine, jamais l'ouverture artificielle ne se comble, malgré le gonflement du diploë et l'alongement des deux tables osseuses. (Tenon, Acad. des Sciences, 1758.)

Un examen plus attentif m'a démontré qu'ici l'exfoliation n'avait compris que la table externe. L'os extrait est mince, rugueux, surtout vers sa face interne ; il n'a guère que la moitié de l'épaisseur ordinaire du frontal, et n'offre pas les prolongemens qui forment l'échancrure ethmoïdale. En outre, la suture fronto-pariétale présente, chez le malade, dans toute son étendue, une dépression sensible, variant de une ligne à une ligne et demie, remarquable surtout à gauche, et dont la profondeur équivaut ainsi à l'épaisseur de la table nécrosée qui s'est détachée. Une analyse rapide des phénomènes de l'observation que j'ai rapportée, jettera de nouvelles lumières sur cette question.

A. *Première période.* Le frontal, menacé de mortification, ne fut pas d'emblée envahi dans toute son étendue ; ce ne fut qu'à la longue qu'il se trouva complétement frappé de mort. Les symptômes d'ostéite durèrent deux ans, avant d'entraîner l'inflammation des parties molles environnantes ; cette dernière, comme attaquant des tissus doués de plus de vitalité, parcourut rapidement ses périodes, et, bien avant que celle des os fut accomplie, elle se termina par suppuration ; puis, comme il n'y avait plus de réaction possible dans l'os mortifié, l'inflammation s'y éteignit avec la vie, les fistules cutanées marchèrent à la cicatrisation, et tout sembla terminé. Le diagnostic, à cette époque, était difficile ; on n'avait pour se guider que la forme incirconscrite de la tumeur, son adhérence à l'os, sa lenteur à se développer, la préexistence d'une syphilis, la plus grande fréquence de la mortification dans la table externe, etc.; cette période, dite de mortification, est manifestement tracée dans le paragraphe A.

B. *Deuxième période.* La table interne saine, en contact avec la gangrène, s'irrita, s'enflamma à la longue, acquit en volume ce qu'elle perdait en dureté, et passa à un autre degré d'organisation, dans lequel l'os se vascularise, se *carnifie* pour ainsi dire. Le séquestre, au contraire, ne recevant plus l'impression d'aucune force vitale, se trouva rongé sur ses bords par l'absorption qui détruisait les dents de ses engrenures ; le nombre de ses adhérences diminua de toutes parts, et, agissant comme un corps étranger, il développa de nouveau

une inflammation secondaire ; quatre fistules s'établirent ; Troja a observé que leur nombre est toujours en rapport avec l'étendue de la névrose (*de novorum ossium regeneratione*, 1775). Je ferai remarquer qu'on ne retrouva point dans ce cas le pus noirâtre dont on a tant parlé, et que Samuel Cooper, après Weidmann, rapporte, ce semble avec raison, non point uniquement à l'affection de l'os, mais au mauvais état de la santé générale du malade et aux complications fâcheuses. On reconnaîtra facilement cette période, dite d'explication, dans l'alinéa B.

C. *Troisième période.* La grande surface de l'os nécrosé et la difficulté qu'il présentait à être expulsé, rendirent long le travail d'élimination. Les bourgeons charnus que depuis Celse on a appelés caroncules (*de médec.* l. VIII, c. 2), nés de la surface externe de la table profonde, avaient soulevé et détaché le séquestre; mais aucune ouverture suffisante n'existait pour lui livrer passage. C'est alors surtout qu'il eût été avantageux pour le malade de recourir aux hommes de l'art, au lieu de s'abandonner aux mains des charlatans. L'affection réagit profondément sur l'économie ; les fonctions s'altérèrent ; la santé s'affaiblissait et s'épuisait de jour en jour ; c'est alors que les bourgeons charnus deviennent saignans pour la moindre cause, ce qui nous explique les nombreuses hémorrhagies qui ont eu lieu dans les dix derniers mois.

Je n'ajouterai rien sur l'histoire spéciale de la nécrose, renvoyant pour d'autres détails au traité de Scarpa *de penitiori ossium structurâ* (publié par Léveillé, 1804).

Je dois insister sur quelques phénomènes qui se sont passés du côté du cerveau. Dès la seconde période, nous avons vu des signes de compression cérébrale se décéler par le penchant à l'assoupissement. Cette compression était-elle due à la tuméfaction de la table interne, ou au plus grand afflux de fluides que l'irritation appelait dans cette région ? peut-on répondre que ces deux causes réunies y ont contribué.

Les physiologistes qui admettent les effets croisés dans le sens antéro-postérieur, pour le cerveau, ne manqueront pas de remarquer que durant deux mois, il y eut ici paralysie de la sensibilité dans les membres inférieurs.

A la même époque il y eut aussi perte du goût ; je voulais, en faisant respirer le malade par l'ouverture taillée dans les os du nez, expérimenter s'il y aurait quelque changement dans l'olfaction. J'appris, à mon grand étonnement, qu'il ne sentait rien par les narines, que ses deux frères avaient l'odorat aussi peu développé que lui, qu'il ne percevait la sensation des odeurs que par la bouche, et que, sur la fin, il avait aussi perdu le goût, qui ne revint qu'après l'extraction du coronal nécrosé. Je me rappelai à ce sujet l'opinion de M. Duméril, qui pense que ces deux sens peuvent se suppléer, qu'ainsi le goût remplace l'odorat chez les cétacés qui n'ont pas de nerfs olfactifs proprement dits, comme les nerfs olfactifs remplacent le goût dans les poissons. (Spurzheim, 1818).

La paralysie des extrémités pelviennes influa notablement sur leur nutrition ; j'observai que l'amaigrissement qui suivit cette longue maladie, porta sur les membres abdominaux beaucoup plus que sur le tronc et sur les bras.

Il est presque superflu de remarquer combien l'extraction artificielle de l'os eût épargné de souffrances au malade, et abrégé la durée de cette troisième période, dite d'élimination. L'os extrait, qu'est-il arrivé ? les bourgeons charnus se sont cicatrisés avec les parties molles, et il n'y a point eu de régénération osseuse ; et comment aurait-il pu y en avoir ? l'organe nécessaire dans ce cas spécial, le périoste était séparé de la table saine par le séquestre, et il avait même été détruit dans quatre points de son étendue d'une manière évidente. Il s'est peu à peu collé avec les caruncules qui ont été le moyen d'union de la cicatrice ; l'os sain est insensiblement revenu sur lui-même ; il a repris sa forme et sa dureté, ce qui fait que la configuration générale du front a été peu altérée, et que le malade ne serait point difforme, si ses paupières n'avaient été lésées d'une manière irrémédiable.

PETREQUIN, D.-M. P

Quelle est la méthode que l'on doit préférer dans le traitement de la phthisie pulmonaire ? par M. SALMADE, membre de l'Académie royale de médecine.

Toutes les phthisies pulmonaires, soit héréditaires, soit accidentelles, ont une grande ressemblance sous le rapport des altérations dont les poumons sont le siége. On ne rencontre pas aussi souvent qu'on pourrait se l'imaginer des phthisies accidentelles, et il est vrai de dire que la phthisie scrophuleuse attaque plus de sujets à elle seule, que toutes les autres espèces admises par des nosologistes qui ont en effet poussé trop loin leur division, et ont pensé que chaque cause déterminait une espèce particulière. Mais, quelle que soit la cause qui ait produit cette maladie, les ouvertures des corps démontrent qu'il y a toujours des tubercules dans les poumons des phthisiques. Il faut donc qu'il y ait eu une altération primitive des fluides lymphatiques, un état spécial propre à la production de ces lésions strumeuses.

Nous ne rapporterons pas ici tous les désordres que l'on rencontre dans ces autopsies cadavériques, toutes leurs variétés, quelque désir que nous ayons de faire connaître par cette description la cause qui leur a donné lieu, et de faire juger quels remèdes pourraient être regardés comme les plus efficaces. Ces détails sont bien connus ; on les trouve exactement tracés dans les ouvrages des médecins anatomistes qui ont spécialement étudié les maladies du poumon, et à qui il était réservé de dissiper les ténèbres dont cette matière était enveloppée. Cependant, malgré les progrès qu'ils ont fait faire à la science médicale, on ne peut se dissimuler qu'ils n'aient laissé encore bien des doutes à éclaircir,

et c'est d'après ces vues que je vais essayer d'exposer la méthode curative que je conçois être la plus susceptible de remédier à ces désordres.

On éprouve un juste étonnement en voyant consignées dans les divers ouvrages tant de guérisons de phthisie que l'on attribue à un si grand nombre de remèdes dont l'action est différente ou même diamétralement opposée. Les médicamens que l'on a tour à tour préconisés et délaissés dans le traitement de cette maladie, sont en général excitans ou calmans.

Les excitans impriment aux organes une énergie qui les aide à se débarrasser des fluides dont ils sont abreuvés; ils facilitent la circulation et déterminent la résolution des engorgemens. Les agens qui diminuent le spasme, l'irritation des parties et font cesser les obstacles qui gênent la nature dans le développement de ses efforts, sont les calmans. Si ces moyens pouvaient conduire au même résultat avec la même certitude et dans le même espace de temps, l'usage des uns ou des autres serait indifférent, mais tout prouve qu'il n'en est pas ainsi. Il est nécessaire de considérer dans la phthisie pulmonaire l'état antérieur et l'état présent de l'organe affecté, de s'attacher à découvrir, dans le premier degré de la maladie, l'issue qu'on peut en espérer. Les indications générales à remplir, c'est de chercher à s'opposer à l'exaltation du système sanguin, à diminuer le spasme des vaisseaux capillaires qui existe dans les diverses périodes, à éloigner les causes d'excitation du système nerveux et les phénomènes d'irritation qui les accompagnent, à déterminer la résolution des indurations, des congestions lymphatiques, à enrayer la maladie et à obtenir la cicatrisation des excavations tuberculeuses et des ulcères. Dans le commencement on a recours aux moyens adoucissans, aux émissions sanguines, à un régime approprié, pour diminuer l'irritation et la phlogose qui en est la suite, pour dissiper l'engorgement des ganglions qui vient compliquer cet état; et cependant le traitement doit être principalement dirigé d'après la cause préexistante matérielle. Or, c'est presque toujours le vice scrophuleux qui détermine cette affection, laquelle, dans ce cas, ne diffère réellement des autres altérations du système lymphatique que par son siége; aussi les remèdes propres à détruire les engorgemens stéatomateux provenant des maladies de la lymphe, les remèdes internes destinés à modifier l'économie et à relever l'action vitale, les toniques employés dans le but de changer l'organisation qui est elle-même toujours altérée, peuvent produire de bons effets. Pourquoi ne traiterait-on pas la phthisie pulmonaire comme on traite les tumeurs? C'est pourtant la même maladie dépendant de la même cause; seulement elle a porté son action sur les poumons. Cette question mérite la plus sérieuse attention, elle est du plus haut intérêt pour la science. Depuis longtemps on a observé que les adoucissans, la diète lactée, les farineux ne convenaient pas dans la phthisie scrophuleuse, et cependant on continue de les prescrire. C'est une contradiction manifeste, puisque l'expérience a démontré que les stimulans, les amers, les dépuratifs et les résolutifs sont les moyens propres à détruire le vice du système lymphatique, et agissent le plus favorablement sur la maladie générale, comme j'en ai la conviction, et ainsi que le confirment les nombreuses observations publiées par les praticiens les plus expérimentés.

La phthisie au premier degré peut trouver une solution favorable dans l'usage des adoucissans, des infusions des plantes mucilagineuses et dans le régime. Ce traitement doux peut faire disparaître la susceptibilité pulmonaire, l'irritation du système bronchique et le crachement de sang, ralentir la marche de la maladie, et en suspendre le développement; aussi sommes-nous convaincus que la méthode antiphlogistique est nécessaire et même avantageuse dans deux degrés de la phthisie, mais il n'en faut pas conclure qu'elle y soit suffisante pour opérer la guérison, toujours très-difficile et très-rare, et c'est ici que l'on rencontre les obstacles que présente le traitement de cette maladie.

Au commencement, lorsqu'il ne s'agit que de détruire une irritation des bronches, une phlegmasie du tissu pulmonaire, les calmans, les délayans, les adoucissans, les émissions sanguines, suffisent, sans doute, dans le plus grand nombre de cas, avec les dérivatifs qui portent l'excitation sur un autre système d'organes; mais il faut aussi parvenir à résoudre les engorgemens partiels de ce tissu et les dégénérations tuberculeuses. Si la méthode antiphlogistique remplit le premier point, les toniques seuls, employés de manière à ce qu'ils ne causent pas trop d'irritation, peuvent mener au second, lorsque la disposition inflammatoire n'existe pas, que la phthisie n'est pas encore déclarée, ou que la maladie passe au second degré, dont le diagnostic est souvent incertain, parce qu'il est difficile de déterminer avec précision ce qui n'est qu'une modification de l'état précédent.

Il en est de même dans le dernier degré de la phthisie : les antiphlogistiques combattront avec avantage l'irritation et l'inflammation des tubercules convertis en vomiques; mais les toniques seront également nécessaires pour aider l'évacuation de la matière purulente, et pour faciliter la résolution des surfaces intérieures des parois des kystes, qui se rapprochent, se détergent, et finissent plus ou moins par se cicatriser.

Lorsque les symptômes d'irritation et d'inflammation sont diminués ou combattus, et surtout s'il n'existe aucune contre-indication, on a recours aux agens médicamenteux qui offrent à la thérapeutique des ressources puissantes pour tâcher de ranimer les solides, et de favoriser la résolution que la nature peut amener dans les engorgemens des ganglions lymphatiques du poumon. En détruisant la cause, l'effet cesse; alors la maladie est susceptible de s'amender et de guérir.

Mais souvent l'inflammation se manifeste de nouveau. Dans ce cas, quels que soient les remèdes toniques qu'on ait employés, même en les combinant avec les substances qui en diminuent l'activité, on revient à la méthode des adoucissans pour réprimer les mouvemens irréguliers, ou l'excès des forces sensitives. On recommence ensuite l'usage des fortifians, car les calmans

ne sont que palliatifs, ils ne guérissent pas la phthisie dans ses différens degrés, et l'inflammation se renouvelle toujours plus ou moins de temps après leur emploi. Enfin, lorsque les toniques échouent, que l'inflammation revient à chaque changement de méthode, on reste spectateur impuissant de la marche de la maladie, et l'on voit périr le malade après avoir inutilement tenté d'imprimer aux efforts de la nature une bonne direction.

Les toniques n'ont pas besoin d'être précédés par l'usage des antiphlogistiques dans le traitement préservatif de la phthisie, chez les enfans que leur constitution scrophuleuse menace d'une phthisie héréditaire.

Sur la fin du dernier degré de la phthisie, lorsque l'exacerbation des symptômes ne laisse plus d'espoir de guérison, les toniques doivent être abandonnés; ils ne pourraient qu'aggraver un mal déjà si facile à s'exaspérer sous l'influence de la plus légère irritation; on peut même dire qu'à cette époque ils contribuent encore à l'augmentation de la diarrhée, de la chaleur, à l'aggravation de l'état fébrile, et l'on doit se borner, dans ce cas désespéré, à modérer la violence des symptômes par l'emploi des calmans, des narcotiques, qui adoucissent les souffrances des malheureux phthisiques que dévore une fièvre presque continuelle. C'est alors qu'on voit les boissons adoucissantes procurer des avantages qu'on attendrait en vain de divers autres médicamens. Le lait d'ânesse, le lait de vache, coupé avec des décoctions mucilagineuses; les boissons d'eau de veau, d'eau de poulet, de bouillon de grenouilles, de limaçons, de tortues, la gelée de lichen d'Islande, produisent aussi des effets dont les résultats sont appréciés dans le plus grand nombre de cas. Tous les moyens perturbateurs, au contraire, doivent être sévèrement interdits; ils augmentent la sensibilité déjà exaltée des phthisiques. L'expérience, le raisonnement se réunissent pour prouver qu'ils sont dangereux dans le dernier degré de la maladie. D'un autre côté la diminution des forces et l'état d'épuisement ne permettront pas de recourir aux émissions sanguines : quels effets avantageux pourrait-on en espérer? Il est important de soutenir les forces, autant qu'on le peut, mais il ne faut donner que des alimens doux, incapables de développer beaucoup de chaleur pendant l'acte de la digestion.

On voit que le traitement doit être souvent opposé dans les diverses périodes; et si l'on n'a pas su le varier ni se défendre d'insister sur les adoucissans devenus insuffisans, cette dernière médication trop prolongée produit un état de faiblesse qui se communique à tout le système.

On doit chercher à fortifier l'organe pulmonaire pour le préserver des désordres dont il peut être menacé par la disposition générale. Dans ce dernier cas, les toniques, les apéritifs, les anti-scorbutiques, les mercuriaux, les ferrugineux, l'eau de goudron et les amers, ont une propriété marquée, ainsi que tous les remèdes qui, par leur action, peuvent exciter dans le système lymphatique quelque mouvement salutaire. Les eaux sulfureuses de Bonnes, de Cauterets, de Bagnères, de Barège, du Mont-d'Or, sont administrées avec le plus grand succès, spécialement dans les affections tuberculeuses commençantes du poumon. Ces eaux excitantes, réunies aux révulsifs permanens, aux ventouses sèches, aux sétons, à l'application multipliée de cautères entre les intervalles des côtes, et surtout de moxas, produisent une amélioration sensible et des guérisons inattendues. C'est par cette médication variée et modifiée qu'on parvient à diminuer l'intensité des symptômes prédominans, à rappeler dans tous les systèmes l'énergie qui leur manque, à ralentir, à borner même le développement des tubercules, à en empêcher la fonte purulente, et à en faciliter la résorption.

Le régime alimentaire et les soins hygiéniques doivent aussi, dans le traitement de la phthisie, féconder l'action des remèdes. Ils concourent avec eux à produire des changemens notables dans l'organisme. La diète est très-nuisible aux phthisiques; elle ne diminue pas la fièvre ni l'excitation pulmonaire; elle augmente encore la faiblesse, l'amaigrissement et la débilité.

On sait qu'il est utile de faire journellement de l'exercice, soit à cheval, soit à âne, soit en voiture; de changer d'air; de respirer l'air pur de la campagne; de jouir d'une grande tranquillité d'esprit, en éloignant les idées tristes qui affectent l'imagination, et en se procurant des distractions agréables. On sait encore combien il est important d'aller passer les hivers sous les climats du Portugal, de l'Espagne, de l'Italie, de Nice, des îles d'Hières, et des départemens méridionaux de la France.

Les frictions sur l'habitude du corps, l'usage des vêtemens de laine sur la peau, sont, parmi les moyens employés, ceux qui tendent le mieux à relever les forces languissantes et à détruire les causes prédisposantes et locales qui contribuent au développement de la pulmonie. Les médecins préconisent avec raison les avantages qu'on retire de tous ces agens hygiéniques, et l'on ne manque pas d'exemples de guérisons opérées par leur secours.

Mon intention a été, comme on l'a vu, de ne parcourir qu'un espace du vaste champ de l'histoire de la phthisie pulmonaire, et de développer, d'une manière plus spéciale, les préceptes que nous ont laissés sur ce point tant de médecins célèbres. Aujourd'hui que la médecine, qui ne doit être qu'une science de faits, est heureusement ramenée dans la route de l'observation, j'ai dû m'attacher à ne pas m'écarter de cette voie, persuadé qu'en la suivant, je ne pouvais que recueillir des idées plus précises sur la nature, sur la cause de la phthisie, et sur le traitement qui lui convient. Enfin, mes études anatomiques et cliniques m'ont prouvé que cette cause n'est autre que le vice scrophuleux qui se propage dans les familles par une disposition héréditaire de l'organisme, ainsi que je l'ai déjà démontré dans les considérations que j'ai publiées sur la transmission de la phthisie pulmonaire, des pères aux enfans. Fidèle à cette doctrine, et pénétré de l'idée qu'on n'est pas encore assez convaincu du degré d'alté-

ration que ce principe destructeur produit dans l'économie, et des diverses affections chroniques qu'il occasionne, j'ai exposé la méthode de traitement qui m'a donné les résultats les plus heureux, et qu'il conviendrait de mettre en usage comme la mieux éprouvée, soit pour prévenir le développement des tubercules chez les individus qui y sont disposés, soit pour en arrêter le cours, ou du moins les rendre stationnaires chez ceux qui en seraient déjà atteints, en un mot pour combattre les phénomènes constitutifs de la maladie dans ses diverses périodes, et parvenir, s'il est possible, à obtenir la guérison. L'examen le plus scrupuleux, les recherches les plus exactes qui me sont propres, et beaucoup d'autres faits authentiques rapportés par Salvadori, Sydenham, Reid, Raulin, Portal, Bayle, Laënnec, et puissamment justifiés par le raisonnement, m'ont attesté les bons effets de cette méthode contre cette maladie meurtrière qui moissonne une assez forte partie de l'espèce humaine, surtout à l'époque de la vie où la nature semble devoir lui résister davantage. Si toutes ces considérations, appuyées par une série d'observations que je rapporterai, pouvaient appeler l'attention des praticiens, et les exciter à de nouvelles investigations qui amèneraient à fixer l'opinion sur la médication qu'il faut préférer dans le traitement de la phthisie pulmonaire, la question finirait par être victorieusement résolue.

Nouveau bandage pour la fracture de la clavicule; par M. Jaquey, médecin à Saulx (Haute-Saône).

Mon bandage n'est pas tout à fait aussi simple que celui de M. Mayor de Lusanne; c'est un défaut, je le sais, quand d'autres avantages ne font pas compensation; mais il n'est pas difficile à préparer, et l'on trouvera toujours parmi les haillons du pauvre, comme dans la garde-robe du riche, les pièces propres à le confectionner.

On a déjà inventé un si grand nombre d'appareils pour les fractures de la clavicule, que je ne sais pas jusqu'à quel point le mien peut ressembler à d'autres. Je le crois à peu près nouveau.

Avant de procéder à la confection de cet appareil, il faut se figurer la position dans laquelle doivent être le bras et l'avant-bras, après la réduction. Le bras devra être placé contre le corps dans une obliquité telle, que le pli du coude se trouve au-dessous du mamelon du même côté; l'avant-bras demi-fléchi, formant par conséquent avec le bras un angle à peu près droit, remontera vers l'autre épaule; et les phalanges de la main seront appliquées sur l'apophyse coracoïde.

Supposons maintenant qu'on ait à soigner une fracture de la clavicule gauche.

On fera un bandage de corps assez large pour s'étendre du coude à l'aisselle; et assez long pour croiser de deux pouces ses extrémités près du mamelon droit, après avoir entouré la poitrine ainsi que le bras et l'avant-bras gauches.

Sur ce bandage, du côté qui sera en rapport avec le bras et l'avant-bras demi-fléchis, et dans l'étendue qui doit recouvrir ce membre, on taillera une pièce de linge, en forme de triangle, dont un côté, supérieur, sera libre et longera le bord supérieur du bandage; les deux autres côtés, réunis par un angle arrondi comme le coude au bord inférieur du même bandage, seront cousus solidement à celui-ci, ainsi que leur angle de réunion. Ces deux derniers côtés, dont l'un peut s'appeler *couture brachiale* et l'autre *couture anti-brachiale*, devront former le même angle que le bras et l'avant-bras après la réduction. Le triangle, ainsi cousu au bandage, constituera un cul-de-sac destiné à recevoir le membre, presque depuis l'aisselle jusqu'au poignet.

Si l'on veut se servir du coussinet sous-axillaire; on le fixera à côté et en dedans de la couture brachiale, derrière la pièce triangulaire et à celle-ci seulement.

Les deux extrémités du bandage sont taillées obliquement; celle qui est près de la couture anti-brachiale est coupée à un pouce de celle-ci et selon la même direction; par conséquent aux dépens du bord inférieur; l'autre extrémité doit être taillée en sens inverse; c'est-à-dire aux dépens du bord supérieur du bandage; mais elle doit avoir une obliquité à peu près moitié moindre; afin qu'après son application l'appareil soit plus évasé en haut qu'en bas, pour s'adapter à la forme conique de la poitrine.

Quatre tresses, longues d'un pied, et pliées de manière à présenter chacune deux bouts de longueur inégale, seront cousues par leurs plis, à égale distance, sur l'extrémité du bandage, près de la couture anti-brachiale, quatres trous ou œillets seront pratiqués à l'autre extrémité, vis à vis des tresses.

Trois fortes bandes scapulaires, larges d'un pouce et demi à deux pouces, et longues de seize pouces environ, sont cousues par une de leurs extrémités; l'une au bord libre ou supérieur du triangle, à côté et en dedans du coussinet; l'autre au bord supérieur du bandage de corps, à l'endroit qui devra correspondre aux cartilages sternaux gauches; et la troisième au même bord supérieur du bandage, à peu près à un pouce à droite de la précédente.

L'appareil étant achevé, on fait déshabiller le malade. Son bras demi-fléchi est placé dans le cul-de-sac; on entoure le corps avec le bandage, dont les deux extrémités sont confiées à un aide; et après avoir placé convenablement le coussin sous l'aisselle et examiné si tout est dans les proportions désirables, on opère la réduction, en ayant soin de relever le sein chez les femmes. On fait soutenir le coude; on passe les tresses du bandage dans les œillets correspondans; puis on les noue près de l'avant-bras gauche.

Les bandes scapulaires sont successivement tirées en haut, appliquées sur les remplissages, s'il y a lieu, et portées en arrière pour être fixées comme il suit, au bord supérieur du bandage de corps: les deux qui se trouvent à gauche sont croisées sur l'épaule blessée et

cousues, l'une derrière le dos, l'autre derrière le bord dorsal de l'omoplate gauche. La troisième bande est portée obliquement sur l'épaule droite et fixée de la même manière, derrière l'omoplate correspondante. Le côté libre du triangle est ensuite cousu, par son milieu, au bord supérieur du bandage.

Cet appareil est susceptible de plusieurs modifications, par exemple : chez les femmes dont les seins seraient très-développés, on éviterait la compression de la mamelle droite (nous supposons toujours une lésion de la clavicule gauche), en écartant un peu les tresses et les œillets, au niveau de cet organe. On aurait soin aussi de donner au triangle une plus grande étendue transversale et de lui laisser, dans le même sens, en le cousant, un peu de laxité sur le bandage; afin de pouvoir le rapprocher de celui-ci, par un point de suture pratiquée au côté droit du sein gauche, avant la réduction, lorsqu'on aurait placé le bras dans le cul-de-sac.

On peut augmenter ou diminuer le nombre des bandes scapulaires; on les place différemment, selon les indications; indications qui sont susceptibles de varier, d'après le siége d'une luxation ou d'une fracture. Ces bandes peuvent être serrées par des boucles placées au devant de la poitrine, ou bien avec des tresses et des œillets, comme dans le bandage de corps. Des boucles et des courroies pourraient être également employées aux extrémités de ce dernier.

Les coussinet sous-axillaire me paraît être assez utile, pour qu'on doive s'en servir dans la plupart des cas. Lorsqu'on en fait usage, on n'est pas obligé, pour maintenir la réduction, de serrer fortement le coude contre le corps; d'où il suit que les côtes inférieures jouissent d'une plus grande liberté, et que le sein, chez les femmes, est garanti de la compression. Ce coussin, fixé comme il l'est, ne peut pas glisser à côté ou au-dessous de l'aisselle; chose qui arrive souvent dans les autres appareils.

On voit que si ce bandage diffère de celui de M. Mayor, quant à sa structure, il tend à amener au moins les mêmes résultats. Comme dans le sien, les scapulaires, sans cesser de tirer l'épaule en haut et en arrière, préviennent, par leur obliquité, la rotation de l'appareil et fixent par conséquent invariablement le bras, dans la position qu'on lui a donnée. De plus, en augmentant le nombre, en changeant la direction et les liens d'attache de ces bandes, on peut comprimer à volonté l'une ou l'autre des extrémités de la clavicule; avantage qu'on obtiendrait difficilement avec la double corne de M. Mayor.

Composé de plusieurs pièces, il ne forme cependant qu'un tout unique, dont on peut serrer ou désserrer séparément chaque partie, sans déranger les autres. Enfin pour peu qu'il soit bien préparé, il est d'une application très-facile, ne forme aucun pli, exerce une compression étendue et égale partout et peut rester appliqué pendant plus d'un mois sans fatiguer le malade.

J'ai reconnu au contraire que celui de M. Mayor, sans être trop serré, formait des plis, difficiles à éviter et que bien des individus supportaient avec peine. Il est vrai qu'il interpose les habits du malade et qu'alors la constriction est plus supportable; mais cette innovation, qu'il regarde comme très-utile, me paraît entraîner des inconvéniens. Il est difficile par exemple d'exiger que le blessé ne change pas de linge pendant toute la durée du traitement; il en changera donc et quelquefois même en l'absence du chirurgien: alors presque toujours la coaptation sera détruite et le bandage mal appliqué. Le chirurgien même étant présent ne pourra pas empêcher les mouvemens du bras; les parties lésées perdront plus ou moins leurs rapports; il faudra réduire de nouveau; de là nécessairement douleur pour le malade et retard dans le travail de consolidation. Et puis, verra-t-on facilement à travers les habillemens les plus minces si les os conservent leurs rapports? si les remplissages sont dans la place convenable? Ne faudra-t-il pas tout enlever chaque fois qu'on voudra s'en assurer?

Le bandage que je propose, appliqué sur la peau, n'empêche pas le malade de s'habiller, de changer de linge avec tout facilité et de vaquer à ses affaires. Le bras et l'avant-bras, ainsi placés, n'augmentent pas tellement la circonférence de la poitrine, qu'on ne puisse mettre une chemise et d'autres habits. L'appareil est couvert et l'individu ne présente rien d'extraordinaire dans sa mise.

42. — 15 Oct.

Recherches sur quelques points de l'étude de la gangrène pulmonaire, par M. Genest, D.-M. P. ancien chef de clinique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu.

(DEUXIÈME ARTICLE.)

Nous croyons avoir démontré (V. notre premier article, n° 38), que dans quelques cas la gangrène des poumons ne se développe que consécutivement à l'apoplexie pulmonaire, et nous avons rapporté trois observations où il est impossible de méconnaître la succession des divers phénomènes qui constituent le passage de l'épanchement du sang dans le tissu du poumon à la gangrène de cet organe (1). Mais nous n'avons point dit que cette cause fût la seule, et même nous n'avons pas cherché à apprécier quelle pourrait être la fréquence de ces cas comparés à ceux qui dépendent de causes

(1) Au moment où nous allions corriger les épreuves de cet article, nous trouvons dans un mémoire du docteur Burows sur les *altérations du sang*, une observation d'apoplexie du poumon avec gangrène pulmonaire. Le poumon droit du sujet contenait plusieurs noyaux apoplectiques dont la résorption était plus ou moins avancée, et le gauche, « une caverne assez vaste dans laquelle venait aboutir une bronche ulcérée avec odeur gangréneuse, et qui paraissait avoir été formée par la destruction et l'absorption du tissu pulmonaire, après qu'il avait été infiltré de sang extravasé. »

différentes. Nous nous sommes bornés à constater que la plupart des causes auxquelles on attribue d'ordinaire cette affection formidable sont insuffisantes ou même n'existent pas, et après en avoir conclu qu'il était nécessaire d'en rechercher d'autres, nous avons signalé celle qui a fait l'objet de la communication précédente.

Nous allons parler ici, sinon d'une nouvelle cause de la gangrène pulmonaire, au moins d'une condition qui nous a paru favoriser singulièrement son développement et que nous croyons n'avoir point été indiquée jusqu'ici. Nous voulons dire la *résorption purulente*. Nous commencerons d'abord par rapporter le fait suivant, qui nous offre un exemple bien tranché de l'action de cette cause morbide. L'observation a été recueillie en 1832, dans le service de M. le docteur Gaillard, médecin de l'Hôtel-Dieu, par M. Dubarle, aujourd'hui interne à l'Hôtel-Dieu, et qui a eu l'obligeance de nous en communiquer les détails. Nous étions présent à l'autopsie, et nous avons nous-même disséqué les poumons avec le soin et l'attention que réclament des faits importans et ceux surtout qui paraissent offrir quelques résultats nouveaux.

Obs. IV. — La nommée Julie Petain, d'une assez forte constitution, âgée de 25 ans, mère déjà de trois enfans, accoucha le 13 février 1832 pour la quatrième fois.

Deux jours après l'accouchement, elle fut prise d'un frisson qui fit bientôt place à de la céphalalgie et à des douleurs très-violentes dans l'abdomen. Ces douleurs allant beaucoup en augmentant d'intensité, un médecin appelé fit appliquer des sangsues sur l'hypogastre; les douleurs devinrent moins vives et la maladie parut prendre une marche plus lente.

Le 2 mars. La malade se décide à entrer à L'Hôtel-Dieu, accusant dix-sept jours de maladie; elle présente l'état suivant : elle est couchée sur le côté gauche, les cuisses rapprochées du tronc; toute autre position lui est désagréable; cependant parfois elle change de côté mais pour quelques instans seulement.

La physionomie exprime un abattement profond, les traits sont tirés. La malade se plaint de douleurs à l'épigastre et au-dessus du pubis, douleur qui augmente par la pression. Le ventre est souple dans tous ses points, et n'offre pas la moindre trace de météorisme.

L'excrétion des urines et des matières fécales paraît gênée. La malade dit même qu'elle n'a pas uriné depuis longtemps. Cependant l'absence de toute tension, de toute tumeur à la région hypogastrique détourne de pratiquer le cathétérisme.

La malade tousse fréquemment et expectore des crachats transparens, visqueux, sanguinolens, mêlés intimément à de petites bulles d'air; interrogée sur ce point, elle fait remonter sa toux à quelques jours, et l'apparition des crachats sanguinolens à deux jours seulement; elle affirme n'avoir pas ressenti de point de côté depuis le début de sa maladie, mais elle éprouve une assez forte oppression, et accuse une certaine douleur obtuse dans toute la poitrine.

La percussion donne un son mat à droite dans la presque totalité de ce côté; à gauche au contraire, le son est clair presque partout.

La respiration s'entend bien et assez pur à gauche, tandis qu'à droite on ne l'entend qu'en bas et en haut; et dans la partie moyenne il y a respiration bronchique et bronchophonie; à un pouce au-dessus de l'angle de l'omoplate, ces phénomènes sont même beaucoup plus marqués que partout ailleurs; mais sur aucun point de la poitrine on ne peut saisir de crépitation. La respiration est très-fréquente (40 par minutes); le pouls est très-petit et très-faible, et donne 120 pulsations. (Un large vésicatoire est appliqué sur le côté droit de la poitrine.)

La malade présente à peu près le même état jusqu'au 11 mars, jour de sa mort. Cependant les symptômes avaient paru perdre la veille un peu de leur intensité.

Autopsie.

Le cerveau n'a point été ouvert.

Thorax. Le cœur est à peu près à l'état normal : les plèvres n'offrent aucune trace d'adhérence entre elles, et ne contiennent point de liquide.

Le poumon droit offre sur plusieurs points de ses deux tiers inférieurs une infiltration purulente avec hépatisation et ramollissement notable de son tissu. Le lobe supérieur, qui est œdémateux, incisé, offre à sa partie moyenne une cavité pouvant contenir un gros œuf de pigeon; elle est tapissée par une membrane blanchâtre d'une ligne environ d'épaisseur, assez ferme et presque lisse à l'intérieur, et contient une matière purulente, noirâtre, évidemment formée d'un mélange de sang et de pus, et de quelques débris du tissu pulmonaire, mais sans odeur appréciable. Dans les deux lobes inférieurs on trouve trois ou quatre autres cavités analogues, remplies également d'une matière putrilagineuse sans odeur, mais d'une plus petite dimension; elles sont également tapissées par une espèce de kyste, offrant les mêmes caractères que celui que revêt l'intérieur de la cavité du lobe supérieur. Ceux de ces abcès qui se trouvent près de la surface du poumon sont faciles à distinguer avant d'avoir été ouverts, et par une légère saillie, et par la coloration qui est différente.

Le poumon gauche offre un peu d'œdème dans son lobe supérieur, et partout ailleurs est crépitant et paraît à l'état normal. Cependant, en l'examinant avec soin, nous retrouvons à sa partie antérieure et moyenne, et près de son bord antérieur, une cavité semblable aux précédentes, et du volume d'une noisette. Tout autour de cette cavité le poumon est parfaitement sain.

Abdomen. Au moment où les parois abdominales sont enlevées, les organes mis à découvert n'offrent rien d'anormal; le péritoine paraît être dans l'état normal, et ne pas contenir de liquide. Les intestins sont refoulés en bas par le foie, qui est très-volumineux et cependant n'offre rien de pathologique dans sa texture. L'épiploon s'étend jusque dans le petit bassin; en l'attirant au dehors, on le déchire et on donne issue à du pus bien lié

et de bonne nature, contenant des flocons albumineux ou debris de fausses membranes, et dans lequel baignaient les intestins. La quantité de ce liquide qui s'écoule immédiatement, peut être évaluée à une livre. Le péritoine et les organes contenus dans le petit bassin offrent une rougeur uniforme sur tous les points où il est en contact avec lui-même. La matrice n'est pas encore revenue tout à fait sur elle-même; son volume est encore quatre fois plus gros que dans l'état ordinaire. Les lèvres du museau de tanche sont molles, écartées, et permettent facilement l'introduction du doigt dans l'intérieur de l'organe. La surface interne de l'utérus contient une matière semi-fluide, d'un rouge sale, qui ne paraît point organisée, mais adhère intimement avec son tissu; on dirait du pus mêlé de sang, et dont la partie la plus fluide aurait été résorbée. Les vaisseaux veineux et lymphatiques de l'abdomen n'ont point été examinés.

Nous devons reconnaître d'abord que cette observation nous offre à la fois la pneumonie sous deux formes différentes : la pneumonie diffuse ou commune et la pneumonie lobulaire ou de résorption purulente; c'est de cette dernière seulement que nous allons nous occuper ici; car, d'après les détails anatomiques que nous n'avons pas besoin de reproduire, il est évident qu'on ne peut considérer ces cavités remplies d'un mélange de sang et de pus, d'une matière putrilagineuse, comme le résultat de la pneumonie diffuse qui occupait les deux tiers inférieurs du poumon droit, et dont elles étaient séparées par un kyste sur les points où elles se trouvaient au milieu du tissu hépatisé. Pour nous, la formation de ces cavités se rattache à la pneumonie lobulaire, à la pneumonie qui, chez les adultes, se lie le plus souvent à la résorption du pus et qui ne se développe que chez les sujets chez lesquels on trouve une suppuration abondante dans quelques organes. Nous ne prétendons pas que dans tous les cas de pneumonie lobulaire on observe les altérations que nous avons trouvées chez la femme Petain. Le seul point que nous voulons signaler ici c'est l'analogie presque complète qui existait pour nous entre ces cavités et celles que nous avons observées dans des cas de gangrène pulmonaire incontestés. Pour que le seul caractère de la gangrène du poumon qui manquait ici, savoir, la fétidité, eût été produite il aurait suffi que la rupture d'une bronche eût établi une communication entre la cavité et l'air extérieur; en même temps que le fluide putrilagineux se serait écoulé au dehors il n'aurait pas tardé à prendre l'odeur caractéristique. Telle est la marche que suit en effet quelquefois chez les enfans l'inflammation lobulaire, qui chez eux ne se lie pas constamment comme chez les adultes à la résorption purulente, et qui même chez eux est la forme la plus habituelle sous laquelle se présente l'inflammation du poumon. L'observation suivante, que nous empruntons à l'excellent travail de M. Berton sur les maladies des enfans (1), bien qu'elle ne se rattache point à une résorption purulente, va donner la preuve de ce que nous venons d'avancer.

Obs. V. — Renaud, âgé de 12 ans, fut admis à l'hôpital le 11 mars 1827, pâle, maigre, il toussaît depuis longtemps. Le 1er avril, la peau était chaude; le pouls battait cent fois par minute; le malade toussait; la toux était profonde; son haleine fétide; sa langue blanche et humide. La percussion donne de la matité sous la clavicule droite; à l'auscultation on trouve un bruit respiratoire faible vers le sommet du poumon droit, râle crépitant vers la même région.

Le 2 avril. En arrière, en haut et à droite, ainsi que sous la clavicule droite, existe du râle sous-crépitant; le thorax percuté vers ces points, est moins sonore; le malade expectore des crachats d'un gris brunâtre, non visqueux et très-fétides; son pouls est très-petit et bat 104 fois par minute.

Le 4. Le râle qui existait vers les points indiqués, est devenu muqueux; l'expectoration abondante présente toujours les mêmes caractères; le malade n'accuse aucune douleur particulière; cependant il gémit et se plaint sans cesse, sa figure est altérée, sa peau chaude, humide, et depuis deux jours il a un peu de diarrhée; son haleine est toujours très-fétide, sa langue plus rose.

Le 9. Il expectore environ un verre de sang noir mêlé de crachats; son pouls est petit et bat 112 fois.

Le 10. L'expectoration est encore sanglante, accompagnée de nausée, d'anxiété, d'agitation. L'expectoration mêlée de sang continue le 11; tout ce jour le malade est dans le délire, et meurt dans la nuit.

Autopsie. La cavité droite du thorax contient 4 onces d'un liquide sanieux, gris noirâtre, non visqueux, auquel ne sont point mêlés des caillots de sang. Ce liquide provient d'une caverne située dans le poumon droit; on lui a donné issue en déchirant quelques adhérences internes qui existaient entre les feuillets de la plèvre. La surface interne de cette caverne est tapissée par un putrilage molasse et grisâtre qui offre partout le même aspect et la même consistance, et s'étend sur toute la périphérie de l'excavation jusqu'à 3, 4 et même 8 lignes de profondeur. Le tissu pulmonaire ambiant et qui forme pour ainsi dire la coque de cette cavité, a un pouce d'épaisseur, quelquefois dur et même un peu plus vers le côté externe. Le tissu, d'ailleurs, est induré, d'un gris brunâtre dans certains points et rougeâtre dans d'autres. Il est généralement dense, coriace, et ne surnage point. *De nombreuses ouvertures bronchiques communiquent avec cette excavation*, et de nombreuses brides, tantôt sous forme de cloisons ou de colonnes, simulent ou augmentent les sinuosités déjà indiquées; tout le tiers inférieur du lobe inférieur droit est comme réunifié.

Le poumon gauche est souple, crépitant, nullement engoué. Les ganglions bronchiques sont volumineux et

(1) *Recherches sur l'hydrocéphale aiguë : sur une variété particulière de pneumonie et sur la dégénérescence tuberculeuse;* par M. Berton, D.-M.-P.; page 545 de la contrefaçon de Bruxelles.

d'un rouge foncé. Le péricarde contient un peu de sérosisé transparente. Le cœur, plus volumineux que le poing de l'enfant contient un peu de sang caillé. La surface externe des gros vaisseaux est pâle.

Les organes digestifs ne présentent aucune lésion.

La grande cavité de l'arachnoïde contient plusieurs onces de sérosité transparente ; quelques points de l'arachnoïde et de la pie-mère ont perdu un peu de leur transparence; et offrent un peu d'infiltration, mais sans injection ni ramollissement de la substance cérébrale.

L'ouvrage de M. Berton contient plusieurs exemples de cavernes creusées dans l'intérieur des poumons et ayant succédé à des pneumonies lobulaires ; mais le cas dont nous venons de rapporter les principaux détails est le seul où il se fût établi une communication avec les bronches, et qui conséquemment ait offert le caractère propre à la gangrène pulmonaire ; la fétidité des crachats et des matières contenues dans la cavité. Cette observation suffit donc pour faire connaître comment un simple abcès du poumon peut donner lieu au développement de la gangrène pulmonaire, et comme, chez l'adulte, au moins, ces abcès ne se rencontrent que dans les cas de grandes suppurations ou de résorption purulente, on conçoit quelle influence cette dernière doit opérer sur la production de cet accident redoutable. Si nous jetons un coup-d'œil sur quelques-uns des cas de gangrène pulmonaire recueilli jusqu'ici, nous reconnaîtrons que plusieurs fois elle a été observée coïncidant avec une suppuration abondante. Ainsi sur les six cas qui ont été rapportés par Bayle, nous en trouvons un où cette circonstance est bien indiquée. C'est sa vingt-huitième observation dont le sujet a présenté outre la phthisie ulcéreuse ou gangrène pulmonaire, de vastes suppurations tant dans le médiastin que dans le péritoine.

M. Cruveilhier rapporte aussi dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique, une observation de gangrène pulmonaire, recueillie chez un jeune homme de 20 ans, qui avait un érysipèle phlegmoneux. M. Tonnellé cite dans son rapport sur les fièvres puerpérales, observées à la Maternité pendant l'année 1829, une observation de gangrène pulmonaire survenue chez une femme (septième observation), qui était affectée de péritonite puerpérale avec phlébite utérine, et à l'autopsie de laquelle on trouva la cavité du péritoine remplie d'une sérosité purulente mêlée de fausses membranes ; le col de la matrice et les ligamens larges infiltrés de pus, et la plupart des veines de l'utérus gorgées du même fluide. Chez cette femme il y avait au centre du poumon droit un foyer gangréneux de trois ou quatre pouces d'étendue et qui avait été annoncé pendant la vie par la fétidité des crachats. Dans une autre observation (sixème observation) M. Tonnellé rapporte avoir trouvé avec la suppuration de la matrice et de ses annexes, « des nodosités circonscrites dans les poumons, analogues à certains engorgemens hémoptoïques. » Ces noyaux circonscrits n'étaient probablement que des noyaux de pneumonie lobulaire qui, ainsi que nous l'avons dit dans le premier article, offre quelquefois une telle ressemblance avec les engorgemens vraiment hémoptiques, qu'il est difficile de les en distinguer. M. Tonnellé, dans le tableau qu'il a présenté à la fin de son travail, dit avoir trouvé sur 222 autopsies de femmes mortes à la suite de fièvres puerpérales, 3 cas de gangrène pulmonaire. Ce chiffre est remarquable et nous semble bien venir à l'appui de l'assertion que nous avons émise précédemment, savoir : l'influence de la résorption purulente sur la production de la gangrène pulmonaire.

Un autre auteur (1) qui s'est occupé aussi de l'étude des maladies des femmes nouvellement accouchées, et qui cite dans son travail cinquante-huit observations dont les sujets avaient succombé avec des suppurations abondantes, en rapporte deux où il y avait en même temps gangrène du poumon. Nous allons analyser ici la première de ces deux observations, celle qui nous paraît offrir le plus d'intérêt.

Inflammation de la veine spermatique gauche, avec gangrène du poumon.

Obs. VI. — Anne Comer, âgée de 42 ans, malade de l'infirmerie de Saint-James, jouissant d'une bonne santé, fut prise du mal d'enfant le 22 juillet, dans le courant du huitième mois de sa grossesse. Une hémorrhagie abondante étant survenue, on constata facilement qu'elle était produite par le décollement partiel du placenta, qui était attaché sur l'orifice de l'utérus. La main fut introduite, et la délivrance opérée par la version. Néanmoins la malade avait perdu une grande quantité de sang, et se trouva dans un état de faiblesse alarmant. Le 23 au soir, le pouls s'éleva à 140, avec céphalalgie, chaleur à la peau et impossibilité de supporter la lumière. Le 24, elle eut un léger frisson qui revint le 25, suivi d'une forte chaleur, d'une dyspnée considérable et d'une fréquence du pouls bien grande (140).

Les jours suivans, la fièvre fut moins forte et les exacerbations nocturnes ne reparurent plus ; le pouls variait de 100 à 120 ; on était obligé d'avoir recours chaque jour au cathétérisme, et la dernière partie de l'urine obtenue avait un aspect semi-purulent, avec une odeur spéciale et désagréable. La pression sur l'abdomen ne déterminait aucune douleur, bien qu'il fût évident qu'il se passait là quelque chose de grave.

Le 2 août, l'oppression revint de nouveau avec une légère toux, mais sans expectoration. Le lendemain, après un long examen, la malade reconnut qu'elle ressentait un peu de douleur du côté gauche de la poitrine, et seize onces de sang furent tirées du bras.

Le 4, la douleur était soulagée, et le 5 elle avait entièrement disparu : mais le pouls restait à 120, la peau était sèche et chaude, la malade expectorait des crachats muqueux et un peu spumeux, et on sentait tout autour d'elle une odeur désagréable.

---

(1) Researches on the pathology, and treatment of some of the most important diseases of women, by Robert Lee, M. D.

Le 6, il y avait moins de fièvre ; la faiblesse était excessive, les traits tirés et inquiets, et la respiration très-fétide.

Le 7, l'expectoration était plus abondante, épaisse et purulente ; et quoiqu'on eut changé le linge de son lit, la fétidité n'était pas diminuée. Il était évident qu'elle était produite par la respiration. La mort survint le 9, dix-huit jours après l'accouchement.

Autopsie.

A l'ouverture de la poitrine, on sent une odeur extrêmement fétide se dégager de la plèvre gauche, dans la partie inférieure de laquelle on trouve trois ou quatre livres d'un liquide trouble mêlé de portions de lymphe coagulable. Il y avait en outre, à la surface d'une partie du lobe inférieur du poumon gauche, une certaine quantité de la même matière sous forme de flocons ; et en voulant l'enlever, on mit à découvert une partie du poumon à l'état complet de gangrène. Ce lambeau, de la grosseur d'une forte noix, formait une masse noire, comme pulpeuse, et d'une fétidité insupportable ; elle était contenue avec un peu de fluide noirâtre dans une cavité. Au moment où l'on pratiqua une incision sur l'escarre gangréneuse, une partie de cette dernière se détacha de la cavité où elle était contenue, tandis que l'autre resta attachée aux parois par quelques adhérences filamenteuses. La cavité elle-même est tapissée par une couche de lymphe coagulable qui a l'aspect d'une membrane uniforme. Immédiatement en dehors de cette caverne, le tissu pulmonaire offre une couleur un peu plus vive, mais du reste il semble n'avoir éprouvé aucune altération appréciable ; partout ailleurs il est tout à fait à l'état normal. En incisant l'utérus qui offrait à peu près le volume qu'il devait avoir un mois après l'accouchement, il s'écoula des seins quelques gouttes de pus, et l'on reconnut promptement qu'il venait d'un abcès développé dans l'ovaire gauche. On constata que la veine spermatique de ce côté était malade et qu'elle était pleine de pus ; ses parois étaient très-épaisses, et sa surface externe était tapissée d'une couche de lymphe coagulable qui l'oblitérait presque complétement. Ces altérations existaient sur tout le trajet de la veine jusqu'à sa jonction avec l'émulgente dont les parois étaient également épaissies et la cavité remplie de pus. La veine cave était parfaitement saine. Le péritoine n'offrait pas la moindre trace d'épanchement, et était tout à fait à l'état normal.

L'auteur qui a rapporté cette observation, pense que c'est la résorption du pus formé dans les veines utérines et spermatiques, qui a déterminé l'inflammation du poumon, et par suite la gangrène, et il rapporte un peu plus loin une autre observation de gangrène pulmonaire observée chez une femme qui avait succombé à une phlébite utérine. Nous pensons comme lui que c'est à la résorption du pus qu'on doit attribuer dans ces cas l'inflammation lobulaire, bien que nous ne puissions expliquer pourquoi ce mode d'inflammation passe si facilement à l'état gangréneux, tandis que dans la pneumonie diffuse ou non circonscrite cet accident est si rare. Mais a-t-on expliqué aussi pourquoi on trouve si rarement dans la pneumonie diffuse les abcès du poumon, tandis qu'ils sont si communs dans la pneumonie lobulaire ? non ; et il est probable que la même cause expliquerait aussi la plus grande fréquence de la gangrène des poumons chez les sujets atteints de pneumonie lobulaire.

De quelque manière au reste qu'on explique ces deux faits, savoir la fréquence des abcès du poumon et de la gangrène pulmonaire dans les cas de pneumonie lobulaire, soit qu'on les attribue à la rapidité qui suit dans ces cas l'inflammation du poumon, soit au contraire qu'on y reconnaisse une action spéciale du pus, qui, porté en nature au milieu du tissu sain du poumon, et s'y trouvant en contact avec une quantité de sang considérable, y déterminerait une inflammation spécifique, ces deux faits ne nous en paraissent pas moins incontestables, et pour le moment il nous suffit d'avoir mis hors de doute l'influence de la résorption du pus, dans les cas de grande suppuration, sur la production de la gangrène pulmonaire. Nous laissons à d'autres à en donner l'explication, et nous nous hâtons de dire quelques mots sur le traitement.

On doit distinguer ici, comme à l'occasion de plusieurs autres maladies, le traitement préservatif du traitement curatif ; et si les recherches que nous publions sur la gangrène pulmonaire ont quelque importance, c'est à nos yeux surtout, parce qu'elles ont pour but d'appeller l'attention des médecins sur cet accident à une époque où il n'est point encore développé.

Ainsi, toutes les fois que dans un cas d'hémoptysie on aura lieu de croire que l'hémorrhagie n'est point le résultat d'une irritation locale, constamment on aura à redouter la gangrène pulmonaire ; de même aussi, dans les cas de suppuration profonde, on devra craindre non-seulement la pneumonie lobulaire ou partielle, mais encore la gangrène pulmonaire qui en est quelque fois la conséquence. Mais quel est le traitement préservatif que l'on doit employer dans ces deux circonstances différentes ? Ici nous trouvons de nouvelles difficultés, et, nous devons le dire d'abord, en partie insolubles, dans l'état actuel de la science. Voici cependant ce qu'il nous semble rationnel d'établir dans ces deux circonstances différentes.

1° Dans le cas d'une hémoptysie, si on a lieu de soupçonner qu'elle dépende d'une altération du cœur, on devra avoir recours à tous les moyens propres à diminuer l'action morbide de cet organe, en même temps que, par d'abondantes saignées, on diminuera la masse du sang et aussi le danger d'un épanchement de sang dans le tissu même du poumon. Si au contraire on pensait que l'hémorrhagie fût le résultat d'un raptus du sang vers les poumons, comme nous en avons vu deux exemples remarquables chez les sujets des 1re et 2e observation, sans cause mécanique qui pût l'expliquer, nous pensons que les saignées générales devraient être employées avec moins d'énergie, et qu'il serait bon alors d'insister sur les saignées locales opérées sur des orga-

nes éloignés. Les révulsifs, vésicatoires, sinapismes, appliqués vers la base de la poitrine, pourraient encore être très-utiles. Nous reconnaissons cependant que ces moyens sont le plus souvent insuffisans dans la lutte que le médecin est appelé à soutenir contre les efforts de l'organisme.

2° Nos connaissances sur la résorption purulente, sur les causes qui la favorisent ou la contrarient, sur la manière dont elle produit ses effets sont encore si imparfaites qu'il nous paraît impossible de jeter les bases d'un traitement préservatif. Il nous semble probable pourtant que c'est spécialement dans l'état général de forces du sujet que les indications doivent dans ces circonstances être puisées; mais nous ne pourrions déterminer exactement de quelle nature doivent être ces indications; nous préférons attendre le résultat des recherches qui sont entreprises de toutes parts sur ce sujet par de nombreux observateurs, et qui, nous avons le droit de l'espérer, nous feront probablement connaître quelques-unes des lois que suit le résorption du pus dans sa marche et dans le développement des accidens qu'elle détermine.

Si nous n'avons eu que des données extrêmement vagues sur le traitement préservatif de la gangrène pulmonaire dans les deux conditions qui nous ont seules occupé, il n'en est plus de même lorsqu'il est question du traitement curatif. Il y a cependant peu de temps encore que cette maladie était considérée comme pres que nécessairement mortelle. Laënnec dit bien, il est vrai, avoir vu guérir plusieurs malades qui en avaient présenté tous les symptômes, mais il n'a consigné dans son ouvrage aucun cas de guérison. Cependant depuis quelques années ces cas se multiplient, et déjà la science en possède un nombre assez considérable pour qu'il ne soit plus permis de regarder la gangrène des poumons comme une maladie nécessairement mortelle. Laënnec dit même que parmi les sujets qu'il a vu guérir quelques-uns devaient avoir eu, à en juger par l'étendue de la pectoriloquie, des excavations gangréneuses très-vastes.

La seule médication sur laquelle nous voulons appeler ici l'attention et qui nous paraît devoir être utile également pour tous les cas de gangrène pulmonaire, dans quelque condition qu'elle se soit développée et celle sous l'influence de laquelle le nombre des cas de guérison semble avoir augmenté ces dernières années, c'est le traitement par les préparations chlorurées employées à l'extérieur et à l'intérieur. Déjà dès l'année 1825 nous avons vu M. le professeur Récamier faire entourer un malade atteint de gangrène pulmonaire, de vases d'où se dégageait du chlore. En 1829, le docteur Graves de Dublin employait le chlorure de chaux chez un homme qui avait offert tous les symptômes de la gangrène pulmonaire après être resté dans un état d'ivresse étendu nu sur le pavé pendant tout une nuit. Il lui avait prescrit chaque jour trois et ensuite quatre pilules composées chacune de trois grains de chlorure de chaux et d'un grain d'opium. La fétidité de l'air expiré et des crachats disparut bientôt; on cessa le traitement; mais au bout de trois jours, les symptômes de gangrène pulmonaire ayant reparu, on recommença le traitement et avec les mêmes avantages, et le sujet sortit guéri de l'hôpital.

Nous avons vu dans les premiers jours de 1833, M. le professeur Chomel employer avec un succès complet les inspirations de chlore chez un sujet qui offrait les symptômes les plus importans de la gangrène pulmonaire. D'abord, ces inspirations furent mal supportées et même on fut obligé de les suspendre à plusieurs reprises en raison de l'irritation qu'elles déterminaient. Mais déjà au bout de douze jours la fétidité de la respiration des crachats avait complétement disparu. Nous savons que depuis cette époque plusieurs médecins des hôpitaux de Paris ont employé la même médication et avec succès; et les journaux anglais nous ont appris aussi que le chlorure de soude et le chlore ont été employés avec avantage en Angleterre dans le traitement de la gangrène pulmonaire. Des succès aussi nombreux prouvent plus en faveur de l'emploi des préparations chlorurées que les raisonnemens théoriques les plus solidement établis. Aussi regardons-nous cette médication comme indiquée dans tous les cas de gangrène pulmonaire, à quelque cause qu'on puisse les rapporter, toutes les fois que l'air expiré et les crachats ont pris cette fétidité caractéristique de la gangrène du poumon et qui est si fâcheuse pour le malade lui-même.

Quant au mode d'administration de ces préparations, il serait difficile de décrire lequel est le meilleur. Dans un cas nous voyons le chlore inspiré avec de la vapeur d'eau; dans d'autres le chlorure de chaux ou de soude sont pris à l'intérieur sans qu'il soit possible de trouver une différence appréciable dans le résultat. Cependant nous pensons que dans tous les cas il sera utile de faire arriver le chlore dans l'intérieur des poumons par le moyen des fumigations, et de détruire ainsi dans leur origine les miasmes infects qu'exhalent les cavernes gangréneuses.

Nous croyons n'avoir pas besoin de dire que l'emploi des préparations chlorurées ne doit pas dispenser des autres médications qui pourraient paraître indiqués; ainsi, si, comme M. Guislain l'a observé chez les aliénés, la gangrène du poumon se développait sous l'influence d'un refus opiniâtre de prendre des alimens, on devrait avoir recours aux moyens propres à combattre cette détermination; car l'emploi des préparations chlorurées ne peut dispenser de suivre les indications thérapeutiques propres à chaque cas.

—

N° 43. — 22 OCT.

Mémoire sur la détermination des diverses espèces de luxations de la rotule, leurs signes et leur traitement; par J.-F. MALGAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien du bureau central.

(Quatrième et dernier article. — Voir les n. 28, 30 et 36.)

VI. *Luxations de champ ou verticales.*

Il reste enfin, pour compléter l'histoire des luxations accidentelles de la rotule, à traiter d'un déplacement que son étrangeté a fait longtemps révoquer en doute par les pathologistes ; je veux parler de cette singulière luxation *de champ*, dans laquelle la rotule fixée sur le fémur par un de ses bords, se dresse perpendiculairement sur cet os, ses faces antérieure et postérieure étant devenues interne et externe. Si l'on ouvre les principaux traités de chirurgie, on trouve que Moscati est le premier qui en ait parlé ; après lui, Manne et Léveillé n'en ont dit un mot qu'avec l'air du doute ; Boyer va plus loin et soutient qu'elle est impossible ; Delpech, sir A. Cooper, Sam. Cooper, Chélius, la passent sous silence. Enfin Monteggia, qui en mentionne quelques cas, la regarde du moins comme profondément plus rare que les luxations incomplètes ou obliques.

On n'en cite point d'exemple observé avant le milieu du dernier siècle, et Abbondio Gelodi, chirurgien à l'hôpital de Milan, paraît l'avoir rencontrée ou du moins reconnue le premier. Un second cas s'en présenta à Florence en 1777 ; Manzotti raconte qu'un chirurgien de cette ville en communiqua l'observation à l'Académie royale de chirurgie, avec une autre dont le sujet était une religieuse ; mais les chirurgiens de Paris refusèrent d'y croire (1). Aujourd'hui, malgré le silence gardé par les principaux écrivains, les observations de ce genre sont devenues assez nombreuses, non-seulement pour ôter toute espèce de doute, mais encore pour permettre d'en tracer une histoire à peu près complète.

Bien qu'elles ne semblent, ainsi que je l'ai dit, qu'une variété des luxations incomplètes, elles diffèrent d'abord des simples luxations obliques, en ce qu'elles se font aussi bien du côté interne que du côté externe ; nous trouverons même un plus grand nombre de déplacemens en dedans qu'en dehors. J'entends par *luxation verticale interne*, celle où la rotule a été poussée en dedans, et où sa face postérieure regarde de ce côté ; les circonstances opposées font la *luxation verticale externe*. Quant aux causes, ce sont des luxations obliques, un choc sur le bord interne de la rotule ou sur son bord externe, ou une forte contraction musculaire. Cette dernière cause est plus difficile à concevoir que la première ; et le mécanisme du déplacement demeurerait explicable, si l'on n'admettait des contractions spasmodiques partielles des muscles qui s'insèrent à la rotule.

Les symptômes sont faciles à saisir ; peut-être y aurait-il seulement quelque difficulté à reconnaître si c'est bien le bord interne ou le bord externe de la rotule qui appuie sur le fémur ; mais la torsion du tendon extenseur et du ligament rotulien ne laissera sur ce point aucun doute. La jambe est plus ou moins étendue ; cependant, comme la torsion des muscles est plus grande, et que leur contraction a été probablement plus énergique, l'extension absolue paraît plus fréquente ici que dans les luxations obliques.

La réduction est généralement très-difficile ; toutefois, chose remarquable, ici comme pour les luxations obliques, la cause du déplacement exerce une réelle influence, et la luxation due à des contractions musculaires est bien plus aisée à réduire. En voici un premier exemple.

Luxation verticale externe produite par l'action musculaire, réduction facile; par M. MARTIN, de Lyon (1).

OBS. XVIII. — Mademoiselle de Bec-de-Lièvre, âgée de 15 ans, d'une moyenne stature et ayant peu d'embonpoint, était arrivée au cinquième jour d'une rougeole bénigne, lorsque, le 20 février 1829, en se retournant dans son lit et rapprochant sa jambe droite de la gauche, elle éprouva dans le genou droit une espèce de craquement suivi bientôt d'une douleur violente qui lui fit pousser des cris aigus. Appelé pour lui donner des soins, M. Martin trouva le membre dans un état d'extension forcée, et le genou déformé par un déplacement de la rotule. Le bord interne de cet os était en contact avec la partie antérieure et moyenne de la poulie articulaire du fémur, et son bord externe faisait saillie en avant et au-dessous de la peau, sa face postérieure était dirigée en dehors, et sa face antérieure en dedans ; le côté externe de l'articulation offrait une dépression dans laquelle trois doigts réunis pouvaient facilement se loger ; le côté interne présentait une saillie convexe, formée évidemment par une partie de la face antérieure de l'os déplacé. Tout le membre était porté dans le sens de l'abduction, et les muscles extenseurs se trouvaient violemment tendus ; le moindre changement dans la position du membre excitait de vives douleurs, et le toucher n'en produisait que sur le ligament inférieur de la rotule. Quoique la luxation existât depuis quatre heures, on n'observait ni engorgement ni ecchymose dans l'articulation.

Pour réduire cette luxation, M. Martin fit fléchir la cuisse sur le ventre, afin de mettre les muscles extenseurs dans un état de relâchement ; puis il saisit fortement la rotule avec les deux mains, et l'attirant à lui dans le sens de sa position vicieuse, il lui imprima ensuite un mouvement de bascule et la fit rentrer dans sa position naturelle.

(1) Voyez Monteggia, *Instituzione chirurgiche.*

(1) Archives générales de médecine, t. 20, p. 259.

L'auteur en terminant fait observer que les articulations du genou étaient peu relâchées, les rotules d'un petit volume et d'une extrême mobilité, et qu'enfin la malade, quelques mois auparavant et à la suite de longues courses, avait éprouvé, dans le genou, des douleurs que le repos suffisait à faire cesser mais qui étaient revenues à plusieurs reprises. Il existait donc très-probablement un relâchement des ligamens qui explique à la fois et la facilité de la luxation et la facilité de la réduction. Je ne m'arrêterai point à l'assertion de l'auteur touchant le siége que, selon lui, occupait le bord interne de la rotule; il est démontré désormais que dans toutes ces luxations obliques ou verticales, c'est le creux sus-condylien qui reçoit l'un des angles de l'os luxé. La précaution prise par le chirurgien de soulever la rotule avant de la faire basculer, eût été absolument inutile, si elle n'avait reposé que sur la poulie cartilaginense.

Dans l'observation suivante, il ne paraît pas que la luxation ait été favorisée par la laxité des ligamens; la réduction a cependant été presque aussi facile.

Luxation verticale en dedans; réduction facile; par Rousselot (1).

Obs. XIX. — Le 26 ventôse de l'an IX, on conduisit à l'ambulance dont j'étais chargé dans une des divisions de l'armée d'Italie, un soldat de la 96e demi-brigade, qui, la veille, vers les dix heures du soir, était tombé sur les genoux au delà d'un fosse qu'il venait de franchir. Aussitôt après cette chute, il se plaignit d'une vive douleur au genou droit, et de ne pouvoir fléchir la jambe du même côté, qui était dans l'extension. Ce fut sur les huit heures du matin qu'on le transporta à l'ambulance, où l'examen attentif de son genou me fit reconnaître une luxation *complète* de la rotule droite. Placé de champ sur la trochlée articulaire du fémur, cet os avait son bord externe situé exactement en arrière et au milieu de cette trochlée; l'interne était très-saillant sous les tégumens. De ses deux faces, la postérieure était devenue interne, tandis que l'antérieure était externe. Le malade était couché sur le char (sorte de charriot en usage en Italie), qui avait servi à le transporter, je donnai au membre affecté une position horizontale dans laquelle il fut assujéti... Ensuite, avec les pouces de mes mains appliqués sur la face antérieure de la rotule, près de son bord qui soulevait la peau, je poussai cet os en dedans. Sa réduction, que j'obtins bientôt, mais en employant des efforts assez considérables, me fut annoncée par le bruit qu'il fit entendre en se replaçant, par le soulagement que le malade me témoigna éprouver, et enfin par la possibilité de fléchir la jambe sur la cuisse.

Des compresses trempées dans de l'eau tenant en solution du muriate de soude, et appliquées sur le genou encore exempt de gonflement, y furent maintenues à l'aide de quelques tours de bande. Le malade fut évacué de suite sur les hôpitaux voisins, pour s'y reposer et recevoir les autres secours dont il a pu avoir besoin.

J'ai laissé subsister, en la soulignant, cette expression de *luxation complète*, qui était bien dans l'esprit de l'auteur; car il déclare qu'il n'a trouvé d'autres exemples de ce déplacement que les deux observations de Valentin, qu'il prend aussi pour des luxations de champ. Il est trop évident qu'il confond les choses les plus dissemblables.

Je regarde comme très-vraisemblable que la luxation a eu lieu plutôt par contraction des muscles que par un choc du genou en terre; et nous verrons tout-à-l'heure une luxation du même genre, également en dedans, se produire par le même mécanisme. Ce n'est pas d'ailleurs uniquement dans les luxations par effort musculaire que la réduction se fait aisément: dans le fait suivant, communiqué par M. Lesteur, à l'Athénée de Paris, la cause, bien qu'assez légère, était tout extérieure.

Luxation verticale interne par un choc extérieur; réduction facile (1).

Obs. XX. — Mademoiselle A. N...., âgée de 20 ans, d'une bonne constitution, couchait habituellement avec une de ses sœurs un peu plus jeune qu'elle. Cette dernière voulant descendre du lit la première, frappa d'un coup de talon le genou de sa sœur qui restait couchée. Celle-ci avait la cuisse et la jambe dans la plus grande extension, afin de faciliter le passage à sa compagne. Dans cette position les muscles attachés à la rotule facilitèrent par leur relâchement le déplacement de cet os qui resta de *champ* dans une situation entièrement verticale.

M. Lesteur, appelé peu de temps après cet accident, trouva le bord interne de la rotule faisant une saillie de toute sa largeur, soulevant la peau et les parties ligamenteuses dans une étendue proportionnée à son élévation; le bord externe appuyé de *champ* sur le milieu de l'articulation du genou, et reposant sur la coulisse du fémur; la peau était également déprimée des deux côtés, où elle offrait un enfoncement très-marqué. Il n'était point survenu d'engorgement; la jeune personne était maigre, et on put distinguer sans peine la face externe de la rotule. Ce fut dans le sens de la situation naturelle que les mouvemens furent dirigés pour opérer la réduction. M. Lesteur éprouva la plus forte résistance de la part des muscles violemment contractés. Il fit faire l'extension de la jambe sur la cuisse, fatigua les muscles qui s'attachent à la rotule par un alongement soutenu pendant quelque temps, et les mit dans le plus grand relâchement en même temps qu'il soulevait cet os pour le dégager de la coulisse du fémur. Rien ne s'opposa plus à la réduction, qui eut lieu de

(1) Rousselot, *Dissert. sur les luxations de la rotule*, thèse inaugurale, Paris, 1804.

(1) *Journal de médecine de Sédillot;* t. 38, p. 228.

suite. Comme il n'était survenu ni roideur, ni gonflement, aucun bandage ne fut appliqué ; dès le jour même la malade eut la permission de quitter son lit.

Quelle est donc la cause qui a tellement facilité dans ces cas une opération que nous allons voir si difficile dans toutes les observations qui nous restent à parcourir ? il est bien difficile de le dire, à moins d'admettre une laxité de la capsule qui ait permis à l'os de se mettre en position verticale sans trop la tirailler, ou bien encore une cause de déplacement si peu intense que la rotule soit simplement superposée sur le creux sus-condylien, sans y être aussi fortement engagée. J'admets ici en effet que, à part cet engrénement de l'angle rotulien qui a labouré le tissu spongieux du fémur, les portions latérales de la capsule demi-déchirées et fortement tendues dans ce qui en reste, contribuent à maintenir la rotule ainsi perpendiculairement placée, sans lui permettre de bouger d'un côté ni de l'autre. Les muscles sont ici presque sans influence ; qu'on étende ou qu'on fléchisse la cuisse sur le bassin, la difficulté reste la même ; ce phénomène, unique peut-être dans l'histoire des luxations, trouve la démonstration la plus complète et en même temps la plus déplorable dans l'observation qu'on va lire.

Luxation verticale en dehors, produite par un choc violent ; essais de réduction inutiles ; section des muscles et du ligament rotuliens en travers ; réduction impossible ; mort ; par M. M. Wolf, médecin du corps royal des cadets à Berlin (1).

Obs. XXI. — Le hussard de la garde, Daniel Steinbach, vigoureux, âgé de 20 ans, allant tranquillement au pas, fut jeté le 22 décembre 1823 contre son voisin de gauche par un saut inattendu du cheval. Le genou gauche fut heurté, et Steinbach y éprouva une si vive douleur qu'il se sentit hors d'état de rester en selle ; on l'enleva avec précaution de dessus son cheval, et on le transporta du manége dans un hôpital militaire peu éloigné.

Il fut examiné aussitôt après son arrivée, et l'on reconnut que la rotule gauche était luxée et à demi-retournée, de sorte que son bord interne était fixé dans l'enfoncement formé par les condyles du fémur, que l'externe faisait saillie sous la peau, et que la face antérieure regardait en dedans et la postérieure en dehors. Comme il n'y avait point encore de tuméfaction, il fut facile d'établir ce diagnostic ; et outre que la ligne moyenne qui règne sur la face postérieure de la rotule faisait reconnaître cette face, le tendon commun des extenseurs de la cuisse et le ligament de la rotule fortement tendus et tournés en dedans décidaient du sens de la luxation. La forme et les mouvemens de l'articulation du genou étaient par là grandement altérés. La rotule, placée de *champ*, formait une saillie considérable terminée en pointe, qui tendait la peau, pas assez cependant pour qu'on n'y pût pas faire un pli. La jambe était complétement tendue, la flexion était presque impossible et très-douloureuse pour le blessé ; et il en était de même quand d'autres essayaient de la produire. Tant que le membre restait dans l'extension, Steinbach n'éprouvait presque aucune douleur.

Le diagnostic fut, que la rotule à demi retournée sur son axe longitudinal était enclavée entre les condyles du fémur, et maintenue dans cette position par la tension du tendon des extenseurs de la cuisse. L'indication était de faire cesser autant qu'il était possible la tension des extenseurs, de retirer la rotule de son enclavement et de la tourner de dedans en dehors.

Pour cet objet la jambe étendue fut soulevée par des coussins ; au milieu de la cuisse on appliqua un lacs, et à l'aide de deux anses latérales qu'il présentait, on tira en bas les parties molles autant qu'il fut possible. Je saisis la rotule de façon que mes deux pouces étaient placés sur la face postérieur tournée alors en dehors, et les autres doigts sur l'antérieure tournée en dedans. Je cherchai à retirer l'os que je tenais fortement et à le tourner.

Néanmoins ces tentatives, bien qu'elles fussent répétées souvent et que j'eusse combiné avec soin les différens mouvemens, restèrent sans résultat, et je ne pus pas ébranler le moins du monde la rotule dans sa position. Je fis alors de nouveaux essais en fléchissant médiocrement la jambe ; car une plus grande extension que celle que j'avais donnée d'abord était impossible, mais je ne réussis pas davantage ; et en raison des vives douleurs que ces efforts occasionnaient au blessé, je n'y revins plus...

Il se présentait ici une question. Fallait-il provisoirement laisser les choses dans l'état où elles se trouvaient, pour reprendre plus tard après des préparations convenables les tentatives jusqu'alors infructueuses de réduction ? ou fallait-il, après avoir coupé les parties qui fixaient la rotule (le tendon commun des extenseurs de la cuisse et le ligament rotulien), dégager la rotule de son enclavement entre les condyles du fémur et la rétablir dans sa position naturelle ?

Outre l'extension et l'élévation de la jambe et un bandage expulsif appliqué sur la cuisse dans les cas où l'on s'abstiendrait de toute opération, je comptais particulièrement sur le froid, dont l'action physique devait diminuer l'enclavement. Mais à un pareil traitement on pouvait objecter : qu'après l'inflammation toute tentative de réduction serait plus douloureuse et plus dangereuse ; qu'il fallait prendre en considération la position vicieuse de la rotule comme excitant et entretenant l'inflammation ; que sa pression sur les cartilages articulaires en amènerait l'érosion et produirait, comme l'autopsie le démontra plus tard, la dénudation des condyles et leur ankylose avec la rotule, accident qui rendrait la maladie incurable et le membre à jamais inutile. L'opération au contraire me semblait aisée, peu douloureuse, et elle ne devait

(1) Extraite du *Rust's Magazin ; Journal hebdomadaire*, janvier 1829, p. 89.

pas entraîner, si on la pratiquait avec précaution, des suites plus fâcheuses que l'extraction des corps étrangers qui se forment quelquefois dans l'articulation du genou.

Je me décidai donc à faire une incision longitudinale, que je pratiquai, après avoir fait un pli dans la peau, immédiatement au-dessus du bord de la rotule : elle commençait à un pouce au-dessus de cet os et s'étendait jusqu'à l'épine du tibia. Le tissu cellulaire sous-cutané et les fibres aponévrotiques qui du tendon du triceps vont à la rotule furent divisés, et le tendon commun mis à nu. Je le coupai à petits coups dans le point de son insertion à la rotule. La capsule articulaire parut intacte. Aussitôt j'essayai de remettre en place la rotule, mais ce fut en vain. Alors je divisai à son attache au tibia le ligament rotulien, tendu aussi, bien qu'à un moindre degré que le tendon des extenseurs. Mais à mon grand chagrin, je reconnus que la rotule séparée de toutes ses attaches tendineuses était aussi immobile qu'auparavant. Le malade, qui n'avait témoigné presque aucune sensibilité lors des incisions, se plaignait vivement durant ces efforts de réduction, et j'y renonçai du moment que j'en eus reconnu l'inutilité. La perte de sang avait été tout à fait insignifiante, la plaie fut réunie par suture; la jambe étendue et maintenue dans l'élévation; et les muscles extenseurs de la jambe que jusqu'alors des aides avaient comprimés et poussés en bas avec leurs mains, furent tenus en contact au moyen d'un bandage expulsif. Après l'application de l'appareil, on pratiqua une saignée de dix huit onces, on mit 40 sangsues sur l'articulation, et on entretint aussi longtemps qu'il fut possible l'écoulement du sang. Alors on couvrit le genou avec de la glace, et on prescrivit à l'intérieur une solution de sel de Glauber et de nitre.

Le soir, le malade était bien; mais des douleurs lancinantes dans l'articulation l'empêchèrent de dormir. Le lendemain le pouls devint plus fréquent (saignée de 12 onces); peu de sommeil. Le troisième jour, pouls fréquent, petit, peu régulier; langue sèche; tête très-embarrassée; les yeux troubles; découragement. Ni rougeur, ni tumeur au genou. La douleur d'abord concentrée dans l'articulation, ne se faisait plus sentir que dans le trajet de l'incision. Les bandelettes enlevées, on trouva la plaie réunie hors à l'angle supérieur, d'où s'écoula par une petite ouverture un liquide composé en partie de synovie, en partie d'une sanie ténue et inodore. Cependant le lendemain, quatrième jour, mieux sensible; le pouls seul donnait toujours 116 pulsations. Toute la plaie était cicatrisée; et chose singulière, c'était dans son trajet que le malade ressentait la douleur; la pression même n'en développait point dans l'articulation; mais le moindre mouvement l'y réveillait très-vive. Le gonflement était médiocre.

Le mieux continua les jours suivans. Mais l'angle supérieur de l'incision se rouvrit et laissa écouler du pus épais mêlé de synovie. La sonde pénétrait dans cette ouverture en bas et en arrière dans l'étendue d'un pouce, et donnait au tact la sensation d'un fond mou. La douleur reprit son siége dans le bord rotulien externe et dans le condyle externe du tibia; et delà se propagea bientôt aux condyles internes du tibia et du fémur; les autres signes de l'inflammation apparurent, et furent combattus avec succès par deux applications de sangsues et des frictions mercurielles locales. Dans le courant de janvier, le malade commença à maigrir; il avait le soir de la fièvre, le matin des sueurs.

A l'aide du nitrate d'argent, je forme une ouverture de la largeur d'un pièce de 40 sous au côté interne de l'articulation. Pour la commodité du malade je fais placer la jambe sur la balançoire de Sauter. (Décoction de quinquina à l'intérieur.)

Le 22 janvier, écoulement abondant de pus par la petite ouverture qui est sur le trajet de l'incision. Ce pus vient de haut en bas; il est épais, sans odeur, semblable au pus des abcès, et ne noircit pas la sonde d'argent. Peu de douleurs; la balançoire est fort commode au malade. Les jours suivans, la quantité de pus va jusqu'à deux livres dans les vingt-quatre heures. Ce pus contient des caillots de sang et il a l'odeur du vieux fromage. La sonde introduite dans l'ouverture ne rencontre aucun corps dur. (Injections d'une infusion concentrée de fleurs de camomille.)

Dans un mouvement du malade il se produit une hémorrhagie, qui fut arrêtée par des fomentations et qui ne se reproduisit plus.

Au côté interne du genou, à l'extrémité inférieure du muscle vaste interne, il se forme un vaste abcès que l'on ouvre et qui fournit environ cinq onces de pus. La sonde montre une communication entre cet abcès et la fistule qui existait déjà. Le mouvement fébrile persiste, et l'amaigrissement fait des progrès.

Pour ne pas fatiguer le lecteur par un récit trop détaillé, je remarquerai seulement que dès lors il n'y eut que des changemens peu importans dans l'état du genou. On découvrit que le foyer purulent qui se vidait par les deux ouvertures avait son siége à la partie postérieure de la cuisse, dans l'espace triangulaire formé par la bifurcation de la partie inférieure de la ligne âpre. On ne put y faire parvenir la sonde; mais les injections et la direction dans laquelle on faisait couler le pus par la compression, indiquaient sa situation et son étendue. L'immobilité du membre en était évidemment la cause; et l'impossibilité d'y remédier en augmentait les fâcheux effets. La quantité de pus resta à peu près la même; elle n'était pas assez considérable pour épuiser le malade. Il n'éprouvait de douleur que quand par inadvertance il remuait la jambe. La forme de l'articulation ne changea point, excepté que la rotule s'inclina encore un peu plus en dehors.

Au mois de mars survinrent des symptômes d'une inflammation chronique de la membrane muqueuse des intestins. Les forces du malade tombèrent, et depuis ce moment ne se relevèrent plus. En septembre il s'établit une anasarque, et plus tard une ascite. Le 18 novembre 1824, par conséquent onze mois après l'accident, le malade mourut. Depuis le mois de mars, il ne s'était pas présenté un seul moment favorable à l'amputation.

Autopsie. Les organes de la poitrine furent trouvés sains. La quantité de liquide que contenait le péritoine était assez considérable. La membrane muqueuse des intestins présentait en plusieurs points des traces de l'inflammation qui y avait existé. Les deux reins étaient pâles et flétris, et leurs mamelons étaient changés en une substance semblable au fongus médullaire.

Dans la cavité de la capsule articulaire, il ne se trouva qu'un peu de pus ténu. Elle était plus épaisse que dans l'état ordinaire, et fortement adhérente au tissu cellulaire qui la recouvrait entièrement. Les cartilages qui revêtent les condyles du fémur avaient disparu dans l'enfoncement qui existe entre eux, et à la partie antérieure et inférieure de leur surface; à la partie postérieure il en restait encore des traces. Sur les condyles du tibia, les cartilages s'étaient conservés dans une bien plus grande étendue. Les parties osseuses dépouillées de leurs cartilages étaient raboteuses, mais elles n'étaient plus profondément érodées. La rotule dont le cartilage était aussi détruit en grande partie, était remarquablement plus petite que celle du côté sain. Sa base était ankylosée avec le fémur, entre les condyles de cet os, dans la direction que j'ai décrite plus haut, de telle sorte qu'elle y tenait surtout par son bord interne. Je remarquai une ankylose moins solide et moins étendue entre le bord interne du condyle interne du fémur et la partie correspondante du tibia.

Les ouvertures fistuleuses qui existaient à la partie antérieure et interne du genou conduisaient dans un canal qui s'étendait sous le muscle vaste interne en arrière du fémur. Là se trouvait une vaste cavité, dont le fond s'appuyait sur le condyle interne de l'os de la cuisse et dont la pointe allait jusqu'au milieu de cet os; elle suivait le trajet de la ligne âpre, dépouillée en grande partie de son périoste et cariée superficiellement en plusieurs points. Du reste, le fémur était sain.

Il est à regretter que dans cette autopsie l'auteur ait été si sobre de détails sur le point précis qu'occupait la rotule et sur l'état des ligamens. Dans les réflexions qu'il joint à l'observation, il ne s'enquiert nullement d'où venaient ces difficultés insurmontables; il ne s'occupe que de la cause de la mort, qu'il attribue bien moins à son opération qu'à l'enclavement persistant de la rotule. Il est certain que cet enclavement a dû entretenir, dans l'articulation ouverte, une inflammation aussi opiniâtre que sa cause, et qu'en effet l'ouverture d'une articulation est bien moins grave quand on peut remettre en place les os qui la forment. Mais nous verrons plus loin qu'une luxation toute pareille de la rotule, abandonnée à elle-même, n'a produit aucun de ces graves accidens.

Du reste, cette observation prouve surabondamment ce que je voulais établir, qu'ici la contraction musculaire a peu ou point d'influence. C'est la doctrine contraire qui a dirigé M. Wolff; de ce point de vue son opération était rationnelle; elle devait réussir si la doctrine était fondée, échouer si elle était fausse. Elle a échoué.

On aurait probablement plus de succès en divisant latéralement les portions restantes de la capsule, opération que toutefois je ne conseillerai à personne de faire. Car en définitive, ce n'est pas encore tant cette tension de la capsule que l'enclavement de la rotule même qui s'oppose aux efforts du chirurgien. Un chirurgien militaire, M. Cuynat, bien que sans avoir d'idées précises sur le siége et les conditions de cet enclavement, a parfaitement senti toutefois que c'était à cet ennemi qu'il avait affaire; il a donc osé ouvrir la capsule sur un des côtés, porter un élévatoire dans l'articulation, agir avec le levier sur la rotule et la remettre en place: son opération a réussi. Voici un beau cas de succès qu'il a publié dans les *Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires* (1).

Luxation verticale interne par un choc extérieur; tentatives de réduction inutiles; réussite au moyen de l'élévatoire; par M. Cuynat.

Obs. XXII. — P., brigadier au premier escadron des chasseurs des Ardennes, âgé de 26 ans, d'une stature moyenne, doué d'une constitution physique bien développée et sanguine, se heurta si fortement, en jouant avec ses camarades, la partie externe de la rotule gauche contre l'angle d'un lit, qu'il en résulta une luxation. Il faut observer que cet homme était disposé à éprouver cette espèce de lésion par la conformation de ses genoux qui sont pointus: il a les rotules très-saillantes, et surtout d'une mobilité extrême qui les rend susceptibles d'obéir aux impulsions fortes qui leur sont communiquées. Appelé aussitôt, je me suis transporté près du malade, que j'ai trouvé assis sur le bord de son lit, la jambe étendue et ressentant d'assez vives douleurs.

Le bord externe de la rotule gauche était enlevé dans l'espèce de poulie articulaire que les condyles du fémur forment antérieurement; l'interne faisait saillie à la partie antérieure du genou, et soulevait la peau. La face antérieure de cet os était tournée à gauche, la postérieure à droite. Le doigt, promené sur celle-ci, faisait aisément distinguer les éminences qu'elle présente, aussi bien que les bords des condyles du fémur. D'après de tels phénomènes, la nature de la maladie ne pouvait être un instant méconnue.

L'indication la plus pressante était de procéder sur-le-champ à la réduction de la rotule, et d'éviter ainsi d'être arrêté par le gonflement qui devait survenir. A cet effet, je fis coucher le malade sur un matelas que l'on avait étendu sur le sol, la jambe fut relevée sur la cuisse, celle-ci fléchie sur le bassin et le membre soutenu par un plan solide, capable de résister aux efforts réitérés que j'étais obligé de faire afin de ramener l'os dans sa place naturelle; mais tous mes efforts furent inutiles.

Dans une telle occurrence, convenait-il d'abandonner le malade à son état, ou d'ouvrir la capsule arti-

(1) An 1826, t. 18, p. 246.

culaire pour passer entre le fémur et la rotule un élévatoire au moyen duquel j'aurais poussé cette dernière à sa place ordinaire? C'est ce dernier parti que je me décidai à prendre. L'opération consista à inciser transversalement les tégumens de la partie interne du genou ; puis, après les avoir isolés de la capsule articulaire par la dissection, à ouvrir cette dernière dans le fond du cul-de-sac, afin qu'il ne se trouvât pas de parallélisme entre son ouverture et celle de la peau. La capsule articulaire étant divisée, il sortit de sa cavité un peu de synovie ; alors, avec un élévatoire garni d'un ligne fin, je dégageai la rotule de son enclavement. La réduction faite, je réunis avec des bandelettes agglutinatives la plaie des tégumens ; et après y avoir placé un peu de charpie, je couvris l'articulation avec des compresses imbibées d'eau à la glace, maintenues par un bandage médiocrement serré. Une forte saignée du bras fut pratiquée ; je mis le malade à une diète rigoureuse et à l'usage d'une légère limonade végétale, pour boisson ordinaire ; le repos le plus absolu fut prescrit.

La nuit du 27 au 28 se passa d'une manière assez calme ; la douleur du genou n'avait pas augmenté. On pratiqua une seconde saignée du bras ; les mêmes prescriptions furent continuées. J'eus soin d'imbiber l'appareil toutes les deux heures avec l'eau à la glace.

Le 29, troisième jour de l'opération, il n'y avait plus de fièvre ; le même état continuait.

Le 7 juin, dixième jour, je levai l'appareil ; la réunion des tégumens me paraissait faite ; malgré cela, par précaution, je plaçai de nouvelles bandelettes agglutinatives, et la plaie fut pansée à sec. Le malade reprit son régime de caserne.

Enfin, le 30 juin, trente-troisième jour, le malade reprit son service à pied et à cheval.

M. Cuynat justifie son opération par l'innocuité des incisions faites pour extraire les corps étrangers articulaires, et par les succès nombreux qu'on obtient dans le traitement des plaies des articulations. Tout le danger de ces plaies vient de la contusion qui les accompagne, et de l'inflammation des ligamens et des synoviales ; et l'on peut, en général, prévenir cette inflammation par un régime approprié, des émissions sanguines générales et locales, des répercussifs, etc.

Ces opérations sanglantes, pour la cure des luxations irréductibles, ne sont pas limitées d'ailleurs aux luxations de la rotule. Dupuytren, dans quelques cas difficiles, a ouvert l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce ; un chirurgien allemand a même proposé de détruire avec le bistouri les adhérences d'une luxation scapulo-humérale ancienne. Déjà, par un hasard bien singulier, M. Cuynat avait rencontré un premier cas de luxation rotulienne où cette ressource hardie avait été entre ses mains un moyen de succès. On notera ici que, par exception, la réduction n'avait pu être obtenue par les manœuvres ordinaires, bien que le déplacement eût été produit par l'effort des muscles seulement.

—

Luxation verticale interne par l'action musculaire ; emploi de l'élévatoire ; guérison ; par M. Cuynat.

Obs. XXIII. — La nommée Saulnié, fermière à Aulnois, âgée de 28 ans, douée d'une constitution physique athlétique, se luxa la rotule gauche en franchissant un fossé le 4 mars 1833. Transportée à son logis, elle envoya quérir le chirurgien du lieu, qui, n'ayant pu parvenir à réduire la luxation, me fit appeler à mon tour. M'étant transporté chez la malade et l'ayant considérée dans la position verticale, voici quelle était la situation de la rotule. Le bord externe de cet os était enclavé dans la poulie articulaire formée antérieurement par la réunion des condyles du fémur ; l'interne soulevait la capsule synoviale et faisait saillie en avant. La face antérieure était devenue externe, la postérieure interne ; c'était à proprement parler une luxation de champ.

Procéder promptement à la réduction de la rotule, prévenir les accidens consécutifs, telles étaient les deux indications que j'avais à remplir. Je satisfis à la première sans délai, en faisant coucher la malade sur le dos ; ensuite je fis étendre par un aide la jambe sur la cuisse, et celle-ci fut fléchie sur le bassin dans l'intention de relâcher les muscles extenseurs de la rotule. Mais, malgré tous mes efforts et mes tentatives, il me fut impossible de la faire sortir de son enclavement, et par conséquent de lui rendre sa situation normale. Dans une telle occurrence, il fallait prendre un parti prompt et décisif, et ne pas attendre le développement des accidens. Après bien des réflexions, je n'hésitai pas de proposer à la malade d'ouvrir la capsule articulaire, pour qu'à l'aide d'un levier introduit dans l'articulation, on pût soulever la rotule et lui imprimer un mouvement de bascule de bas en haut et de dedans en dehors, qui la ramenât dans sa position naturelle. La malade ayant consenti à ma proposition, l'opération fut faite et la rotule réduite aussitôt.

Dans cette opération, j'incisai transversalement la peau, ensuite je l'isolai de la capsule articulaire dans l'étendue d'environ un demi-pouce, puis j'incisai cette dernière à la partie la plus déclive de cet isolement, afin qu'il n'y eût point de parallélisme entre l'incision des tégumens et celle de la membrane synoviale. Je réunis ensuite, avec des bandelettes agglutinatives, l'incision des tégumens, sur laquelle je plaçai un plumasseau de charpie, et j'entourai l'articulation avec des compresses trempées dans l'eau de Goulard, maintenues par un bandage médiocrement serré.

Afin de remplir la seconde indication, je recommandai à la malade le repos le plus absolu ; je la tins à une diète rigoureuse ; elle eut pour boisson ordinaire de l'eau d'orge édulcorée avec le sirop de limon, et fut saignée deux fois dans les 24 heures.

Deuxième jour. Gonflement inflammatoire du genou ; la réunion des tégumens ne s'était pas dérangée ; la fièvre d'irritation était intense ; la malade n'avait pas dormi. Troisième saignée du bras ; de plus, application de vingt sangsues sur l'articulation ; même fomentation. Le soir, émulsion anodinée, diète et même boisson.

Troisième jour. Mêmes accidens ; médication semblable ; seconde application de 20 sangsues sur l'articulation.

Quatrième jour. Fièvre d'irritation moins intense ; les douleurs ainsi que l'engorgement inflammatoire du genou ont un peu cédé. Même médication.

Cinquième jour. La malade a eu quatre heures de sommeil, le gonflement du genou a un peu diminué et la fièvre d'irritation est presque nulle. Mêmes moyens.

Du sixième au dixième jour. L'engorgement inflammatoire du genou a encore cédé, mais les douleurs persistaient toujours, ce qui me détermina à faire une troisième application de 20 sangsues. Continuation du traitement antiphlogistique.

Onzième jour. Les douleurs de l'articulation étaient moins intenses, le gonflement du genou avait encore diminué. J'accordai un peu d'alimens à la malade.

L'amélioration fit ainsi des progrès jusqu'au vingt-quatrième jour de l'accident, époque à laquelle on pouvait considérer la cure comme achevée. Je ramenai insensiblement la malade à son régime habituel, et elle commença à marcher. Dès lors il n'y avait plus de gonflement, plus de douleurs que celles qui étaient inséparables des mouvemens trop étendus d'extention et de flexion de la jambe sur la cuisse. Ces douleurs persistèrent encore pendant quinze jours, et se dissipèrent enfin. Pour prévenir la récidive de la luxation, je conseillai à la malade de porter constamment une genouillère en peau de chamois. Depuis j'ai eu occasion de la voir, et de constater qu'elle ne se ressent plus de son accident.

Malgré le succès qui a suivi ces tentatives hasardeuses, M. Bégin, qui rédigeait alors le journal de médecine militaire, conseillait, avant de se résoudre à une semblable opération, d'insister sur les bains prolongés, les saignées générales abondantes, etc. Il voulait même qu'on ne la tentât que chez les individus où le membre menacerait de rester ankylosé et faible ; et pour peu que l'articulation parût devoir recouvrer une partie de sa mobilité, il préférait abandonner le mal à la nature.

Ces préceptes sont très-sages ; et je rapporterai plus loin une observation qui montrera quels sont dans ces cas les ressources de la nature ; mais avant de s'en fier à cette expectation douteuse, comme avant de tenter l'opération de M. Cuynat, il est une autre méthode de réduction déjà appuyée sur l'expérience aussi bien que sur la théorie ; c'est celle que nous avons vue employée si heureusement par M. Herbert Mayo pour une luxation oblique, et qui avait réussi cinq ans auparavant à M. Coze pour une luxation verticale.

Voici ce fait intéressant. Suivant notre coutume nous laisserons parler l'auteur.

Luxation verticale interne ; réduction par la flexion forcée de la jambe ; par M. Coze, médecin à Koursk (1).

Obs. XXIV. — Le 7 février 1823, on vint me chercher à la hâte pour un vieillard nommé Piroynikoff, âgé de 70 ans, encore robuste, actif et bien portant. Cet homme se rendant dans une forêt pour y couper du bois, était assis sur le côté de son traîneau, les jambes pendantes en dehors. En traversant le bois par des sentiers étroits et tortueux avec un cheval qui marchait très-vite, son genou droit fut pressé entre le traîneau et un arbre avec tant de violence, que la rotule se trouva déplacée d'une manière toute particulière ; l'effort que fit le cheval pour vaincre la résistance, avait opéré ce déplacement. La rotule se trouvait de champ sur l'articulation du genou, sa face antérieure tournée en dehors, et sa face interne ou postérieure en dedans. Le bord externe droit était sur le milieu de la jointure du genou, et le bord interne dirigé en avant, de sorte que la position était à peu de chose près droite et de champ. Je distinguais au toucher les faces postérieures articulaires de la rotule, et les faces antérieures du tibia et du fémur. Les ligamens étaient dans un état si violent d'extension, que le malade éprouvait des douleurs atroces.

J'examinai l'état des parties avec d'autant plus de soin, que cette variété de luxation était nouvelle pour moi, et paraissait m'offrir des difficultés de réduction insurmontables. Je me formai cette opinion surtout après avoir pressé la rotule en dehors et en dedans en sens opposé ; c'est-à-dire que les doigts de la main gauche pressaient en dedans le bord fixé sur les condyles, tandis qu'avec la main droite j'exerçais une pression beaucoup plus forte et plus douloureuse sur le bord libre. Je fis ensuite étendre fortement la jambe, en pressant la rotule de la même manière sans obtenir plus de succès. Je fis lever la jambe en fléchissant la cuisse sur le bassin, avec aussi peu d'avantage. Enfin, après ces essais peu rassurans, je pensai qu'en faisant fléchir la jambe, j'écarterais les condyles du fémur de ceux du tibia, ce qui formerait un vide plus grand dans lequel le bord de la rotule pourrait se loger plus aisément et devenir plus libre, plus mobile, quoique les ligamens fussent encore plus tendus. Pour réaliser ces conjonctures, j'ordonnai au malade de s'asseoir sur le bord de son lit, et je lui recommandai de poser le pied par terre, ce qu'il fit avec des douleurs assez modérées. Alors je saisis la rotule comme précédemment, je pressai modérément à mesure que j'augmentais la flexion, que je portai jusqu'à former un angle droit avec la cuisse. Dans cet instant, comme j'augmentais un peu mes efforts, la rotule se replaça facilement, en faisant entendre un bruit très-prononcé : la difformité disparut ; l'extension et la flexion furent faciles ; la douleur cessa facilement, et le malade répandit des larmes de joie en sentant cesser tout à coup les douleurs horribles qu'il endurait depuis trois ou quatre heures. Je fixai la jambe avec deux attelles placées sur les côtés, et je fis appliquer des résolutifs sur le genou. Le blessé garda le lit pendant cinq à six jours, puis marcha facilement dans la chambre avec des béquilles. Aucun accident inflammatoire ne vint entraver la guérison. Quelques jours après, le malade reprit ses occupations ordinaires, qu'il n'interrompit pas pendant plus de deux ans que j'eus

(1) Mém. de la Société méd. d'émulation, t. 9, p. 517.

encore quelquefois occasion de le voir, dans le village d'Ivanowski, gouvernement de Koursk, en Russie.

La théorie de l'auteur est évidemment erronée; si la rotule, comme il le croyait, avait été placée sur la poulie cartilagineuse du fémur, en la faisant descendre on l'aurait engagée dans la gouttière profonde qui sépare les deux condyles à leur face inférieure et postérieure, et l'enclavement eût été plus difficile à détruire qu'auparavant. Mais j'ai suffisamment expliqué, à l'occasion des luxations incomplètes en dehors, et le lieu occupé par la rotule et le mécanisme de la réduction, pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

Ainsi, en résumé, telles sont les ressources que l'art possède dans les cas de luxations rotuliennes verticales. D'abors la méthode ancienne, qui consiste à relâcher les muscles et à tâcher de repousser l'os à sa place, en essayant préalablement de le soulever de sa gouttière comme a fait M. Martin; cette méthode est assurément la plus innocente et la moins douloureuse, et comme elle a quelquefois réussi, c'est par elle qu'il faut commencer. Si elle échoue, on pourrait tenter de faire marcher le malade, puisque Monteggia a vu la réduction s'opérer ainsi spontanément dans un cas de luxation incomplète; mais j'avoue que ce moyen m'inspire fort peu de confiance. Après ces premières tentatives vient la méthode de MM. Coze et Herbert Mayo, que je regarde à la fois comme très-rationnelle et très-puissante. Si enfin on échouait encore, l'opération de M. Cuynat serait une dernière ressource, à laquelle il ne faudrait recourir toutefois qu'avec une extrême réserve, pour peu que le sujet fût d'une constitution scrophuleuse, ou que déjà l'inflammation se fût emparée de l'articulation.

Je rejette donc complétement l'opération de Wolff; et c'est à dessein que je n'ai point parlé d'une autre opération plus grave encore, proposée par Manne pour les cas de renversement, et qui consiste, après avoir divisé le tendon des extenseurs et le ligament rotulien, à achever la section des parties latérales de la capsule, et à faire l'ablation de l'os luxé. C'est d'ailleurs une idée de cabinet qui n'a pas encore passé dans la pratique, et dont aucun chirurgien n'affronterait la responsabilité.

Si toutefois les méthodes non sanglantes demeuraient inefficaces, et que des circonstances défavorables s'opposassent à l'emploi de l'élévatoire, quel serait le résultat de la luxation abandonnée à elle-même? Cela dépendrait sans doute du degré de l'inflammation et de la vigueur du traitement; toutefois l'observation suivante, qui paraît être le premier exemple rapporté avec détails de cette luxation, fait voir qu'il ne faudrait pas désespérer d'un heureux résultat.

Luxation verticale externe; réduction impossible; restitution des mouvemens du membre; et réduction après plus de trois semaines (1).

Obs. XXV. — Un jeune homme, chevauchant avec un mouvement médiocrement rapide, heurta du genou droit le genou gauche d'un de ses camarades qui venait en sens contraire avec une vitesse égale. Il en ressentit une douleur si vive qu'il tomba en faiblesse; et en revenant à lui il ne put plus se soutenir sur cette jambe. Un chirurgien le visita et trouva la rotule déplacée, posée par son bord interne sur la fosse condyloïde où elle restait immobile malgré tous les efforts. Les mouvemens de la jambe étaient excessivement lésés, spécialement le mouvement de flexion. On fit diverses tentatives de réduction, mais toutes furent inutiles. Les uns proposèrent une machine; les autres voulaient soulever la rotule avec un levier, un autre diviser les tégumens, afin d'avoir plus de prise sur elle. Heureusement quelqu'un fit observer que les parties étaient trop tuméfiées par les manœuvres continues qu'on avait exercées; et qu'il vaudrait mieux s'en tenir à l'unique usage des fomentations, dans l'espoir que plus tard la rotule se réduirait d'elle-même. Le malade embrassa ce parti avec plaisir. Au bout de trois semaines il fut en état de se promener par la chambre et de descendre ou monter les escaliers; puis il put sortir dehors, et enfin il parvint avec l'aide de ses propres doigts à reconduire la rotule dans sa situation naturelle.

J'arrête ici ce travail; je n'y ai pas compris les prétendues luxations en bas qui n'existent point, ni les luxations en haut qui, bien que plus réelles, sont plus connues dans les traités de chirurgie sous la dénomination de *ruptures du ligament rotulien*. La rotule peut encore se luxer dans les déplacemens du tibia sur le fémur; mais ce sont là des lésions compliquées où la luxation de la rotule joue le moindre rôle. J'ai dit, en commençant, pourquoi je renvoyais à un mémoire spécial l'histoire des luxations spontanées.

Enfin, on trouve dans quelques auteurs la mention d'un déplacement différent de ceux dont nous avons parlé, savoir : *le renversement de la rotule sens dessus dessous*, dont la réalité est fort problématique. J'ai rapporté l'observation de Sue, dans laquelle il a cru voir un renversement de la rotule aux deux tiers, et qui m'a paru être plutôt une luxation incomplète. On trouve dans Hévin quelques mots sur un fait où le renversement aurait été porté plus loin. « Je me souviens, dit-il, d'avoir entendu feu M. Bruyères lire dans une de nos séances académiques le détail d'un renversement total de la rotule sens dessous, et sans rupture des aponévrose et ligament qui maintiennent cet os en situtation; cet accident était arrivé à un jeune académiste qui, emporté dans un manége par un cheval fougueux, rencontra de la partie interne de son genou l'angle d'un pilier de bois qui opéra ce dérangement extraordinaire. L'auteur assurait qu'il avait été assez heureux pour y remédier, mais avec les plus grandes difficultés. »

Pour qu'un semblable renversement eût lieu, il faudrait non-seulement que la capsule fût totalement déchirée sur les côtés, mais que les muscles fussent décollés du fémur à une hauteur considérable. Je crois

(1) Voyez les *Instituzioni* de Monteggia.

donc, ou bien qu'Hévin avait été trompé par ses souvenirs, ou que Bruyères s'était trompé lui-même. On trouve une semblable erreur d'interprétation dans une note jointe à la traduction de Chélius, dans laquelle il est dit que Coze et Wolff ont vu la rotule tellement retournée, qu'elle présentait en avant sa face postérieure. J'ai rapporté ces observations, qui sont de simples luxations de champ; l'obscurité qui a régné jusqu'ici sur l'histoire de ces déplacemens rend l'erreur parfaitement explicable.

Ce n'est pas que je regarde comme absolument impossible que la rotule opère un mouvement de rotation qui la renverse un peu au-delà de la position de champ; M. Coze a remarqué sur le sujet de son observation qu'il n'aurait pas fallu une force excessive pour produire le renversement complet. Mais la rotation extrême qu'éprouvait alors le quadriceps fémoral doit rendre ce déplacement fort difficile; et avant de l'admettre dans le cadre nosologique, il faut attendre des faits mieux observés et surtout mieux décrits que ceux sur lesquels on a établi sa réalité.

44. — 29 oct.

MÉDECINE LÉGALE.

Quelques considérations appuyées de faits particuliers sur la gynécomastie ou sur l'hypertrophie des mamelles chez l'homme; par H. Bédor, D.-M., chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Troyes.

Je n'ai pas encore lu qu'entre les écrivains qui se sont occupés du service médical relatif au recrutement de l'armée en France, aucun ait fait mention du degré d'aptitude que l'on peut reconnaître ou contester, pour le métier des armes, aux individus atteints de gynécomastie.

Cependant, quelque peu communs que soient ces individus, il s'en rencontre encore assez pour qu'il y ait lieu, je crois, de réunir quelques précédens susceptibles d'appeler sur eux l'attention des médecins, et peut-être de les déterminer à fixer leur opinion à cet égard.

Depuis le sujet d'une ancienne notice physiologique concernant un individu du sexe masculin ayant des mamelles et inhabile à la génération, notice qu'à une époque déjà fort éloignée et jeune encore (car cette observation était mon début), j'avais présentée à la Société médicale d'émulation, puis consignée dans l'ancien Journal de médecine des professeurs Boyer, Corvisart et Leroux (t. 25, p. 171 et suiv., octobre 1812), divers autres sujets atteints de gynécomastie m'ont successivement passé sous les yeux.

Je pense devoir m'abstenir de reproduire ici aucun des détails dont se compose cette première observation, car je crois toujours assez facile de trouver à consulter l'ancien recueil très-répandu qui la contient. Les principaux entre ces mêmes détails ont d'ailleurs été cités textuellement dans l'article *gynécomaste* du *Grand dictionnaire des sciences médicales*, par M. Villeneuve, qui les a même accompagnés d'un jugement bienveillant que je ne saurais oublier, quoique nous ayons toujours été personnellement inconnus l'un à l'autre.

Souvent appelé, pendant une vingtaine d'années, aux séances des conseils de révision chargés d'opérer le recrutement militaire dans le département de l'Aube, j'y ai rencontré trois fois cette même anomalie de la structure humaine très-fortement prononcée.

Les mamelles des jeunes hommes qui me la présentèrent n'étaient pas moins volumineuses que celles de Jean-Baptiste Guymart, sujet de ma première observation recueillie à l'hôpital principal de la Marine à Brest, dans la salle du premier médecin en chef feu Dubreuil, père du doyen actuel de la Faculté de Montpellier. Aucun de ces derniers gynécomastes n'avait cependant, comme Guymart, un frère qui présentât la même configuration anormale dans la région antérieure du thorax.

Tous les trois, ainsi que l'avait été le premier, quoique sous l'empire à la suite de mon observation sur son état anormal lue au conseil de santé maritime, ils furent reconnus et déclarés impropres au service militaire, attendu que tout habit de drap tenu fermé sur la poitrine leur était trop pénible à supporter, les oppressait, etc.

Tous trois étaient aussi d'un tempérament lymphatique bien caractérisé par tous ses signes extérieurs; ils appartenaient en outre à des familles plongées dans la misère, généralement composées de scrophuleux.

L'atrophie des testicules, que j'avais constatée anciennement sur le premier, ne s'est toutefois représentée aussi complète que sur un seul. Celui-ci était, sous un grand nombre de rapports, le plus féminiment conformé; il avait un hypospadias et le pénis d'une telle brièveté, qu'entre le scrotum et le gland il présentait à peine la longueur de ce dernier.

J'avais fait admettre ce gynécomaste à notre Hôtel-Dieu, dans mon service civil, et je me proposais de l'y dessiner avant sa sortie; mais à mon grand désappointement, le matin même du jour fixé à cet effet, je trouvai son numéro vide à ma visite, où j'appris qu'il s'était enfui de l'hôpital.

Je parvins ensuite à le rejoindre; mais ce fut toujours sans pouvoir le décider à poser comme modèle un seul instant, et me priant même avec instance de ne pas faire connaître qu'il avait des seins de femme et une autre difformité plus cachée.

Quoi qu'il en soit, je me crois fondé, d'après les faits que je viens d'indiquer sommairement, à partager l'opinion des médecins qui regardent ce gonflement des mamelles masculines comme tenant beaucoup à une disposition scrophuleuse et pouvant même en être considéré comme un signe assez peu ordinaire, mais pathognomonique, au moins lorsqu'il a commencé à se manifester dès l'enfance, comme chez ceux dont je parle ici. Une telle disposition que j'ai bien souvent sous les yeux, habitant un pays où elle est endémique, ne me paraît pourtant pas devoir suffire seule pour produire un pareil effet. Il faut aussi, ce me semble,

que les sujets prédisposés chez lesquels il survient, aient apporté en naissant une imperfection quelconque, apparente ou non à l'extérieur, mais n'en existant pas moins dans l'appareil de la reproduction.

On trouve en effet constamment, d'après ce que j'en puis juger, au moins sur ceux que j'ai eu occasion de voir, la gynécomastie accompagnée soit d'un affaiblissement de cet appareil (et en même temps de la force morale, attribut ordinaire de son intégrité) porté à un degré plus ou moins voisin de l'impuissance la plus complète, soit même de quelques vices bien évidens de conformation dans les organes génitaux extérieurs.

Ces vices congéniaux de l'appareil reproductif me semblent, à leur tour, s'accompagner en général d'une disposition à la gynécomastie, toujours plus prononcée chez eux que chez tout autre sujet masculin, fût-il également replet et aussi amplement pourvu de graisse autour des muscles pectoraux.

Quant aux faits de mamelles encore totalement enfantines ou adolescentes mais virginales, ou déjà très-surrannés ou enfin masculines, dans lesquelles l'apparition du lait a été déterminée par la succion, je veux les laisser en dehors de ceux dont je parle ici.

Je me persuade pourtant qu'une telle succion sur les gynécomastes aurait plus vite que chez les autres hommes un pareil résultat. J'incline aussi à croire qu'elle l'obtiendrait d'autant plus tôt que leurs caractères sexuels seraient plus défectueux.

Il paraît d'ailleurs bien constaté que, même sans que la succion persévérante d'un enfant affamé soit venue exciter, comme on l'a vu chez d'autres individus masculins, la galactose dans leurs mamelles, il s'y manifeste souvent un phénomène fort analogue.

M. Virey ne nous cite-t-il pas, en effet, comme ayant rendu par les mamelons une sérosité laiteuse, des hommes d'une complexion molle, humide, privés de barbe et, ajoute-t-il, presque eunuques.

Moi-même j'en ai souvent contemplé avec compassion; mais délectablement entendu un, qui l'était complétement, à Cadix. C'était pendant mon séjour dans ce port, avec les débris de notre escadre, après le sanglant désastre de Trafalgar, dont peu de survivans peut-être, songent comme moi, en le nommant, que nous touchons à son trentième anniversaire.

L'individu que je cite était un jeune castrat d'Italie, chanteur attaché à la cathédrale (1), et dont la voix était comparable à celle de la plus brillante cantatrice. Il allait, par la ville, donnant des leçons de musique aux demoiselles. Eh bien, au travers du tissu souple et distendu de la longue et étroite soutane qu'il portait, il était aussi remarquable par la volumineuse rondeur saillante de ses régions mammaires que par les diverses excroissances implantées de longs poils isolés qui parsemaient sa grosse face blême entièrement privée de barbe et rendue encore plus étrange, pour nous autres jeunes Français surtout, par un immense chapeau à la Bazile dont il était coiffé.

L'état des mamelles, chez l'individu hermaphrodite ou plutôt aphrodite, connu tour à tour sous les noms de Marie Dorothée Dérier et Charles Durgé, dont M. le professeur Mayer de Bonn a donné l'importante autopsie cadavérique dans la Gazette médicale du 24 septembre dernier, ne pouvait sans doute manquer de fixer mon attention.

J'y trouve donc à noter, après avoir remarqué dans le précis analytique donné par M. le rédacteur de ce journal, avant l'autopsie, que sa poitrine était grasse et potelée, d'abord, dans l'examen de l'habitus extérieur; seins assez développés (sans doute par l'accumulation du tissu adipeux, mais mamelons flétris... Ensuite, dans la description des organes à l'intérieur, « seins peu développés. » Nécessairement à la suite de l'enlèvement des tégumens et de leur graisse qui les faisaient paraître assez développés lorsqu'ils les recouvraient encore.

» On ne peut, poursuit M. Mayer, y distinguer des granulations glanduleuses; à leur place on trouve une quantité de petits globules d'une graisse rouge-jaunâtre. » Hier, j'en ai remarqué de conformes à cette description, dans notre amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu de Troyes, sur les glandes mammaires d'une nouvelle accouchée nourrice qui a succombé à une péritonite très-aiguë. « Le mamelon ne proémine que légèrement; il est percé de plusieurs trous qui ne sont autre chose que des cryptes sébacés déposés seulement autour de l'aréole. »

Il résulte ainsi de la scrupuleuse dissection du savant anatomiste allemand que, chez son espèce d'androgyne (ou plutôt d'être inhabile à la génération parce qu'il n'appartenait entièrement à aucun des deux sexes, quoiqu'il se trouvât pourvu de quelques attributs incomplets de chacun d'eux), il n'existait pour ainsi dire ou même réellement pas de mamelles à proprement parler. Il y avait seulement à leurs places une de ces doubles dispositions lypomateuses, qui coïncident si souvent avec l'imperfection ou la nullité de l'appareil génital, bornées aux régions mammaires et, certainement, beaucoup moindres en volume que celles des gynécomastes dont je m'occupe ici.

Tel était sans doute bien son état à l'âge de cinquante-cinq ans, époque de sa mort, et quand, par conséquent, Marie-Dorothée Dérier était devenue, depuis déjà longtemps, Charles Durgé.

Mais cet état d'un degré de gynécomastie plus ou moins faiblement prononcé chez lui, ne s'y était même pas manifesté dans sa jeunesse; car il est bien constaté

---

(1) Qu'on me permette, en faveur de la curiosité de ce fait local, de noter ici, à cette occasion, que la cathédrale de Cadix fut l'objet d'une bulle apostolique d'Urbain IV, né à Troyes, où il a fait construire une église dont l'architecture gothique est toujours remarquée et souvent dessinée par les voyageurs. Elle occupe la place même où fut l'échoppe de son père qui était savetier. Cette bulle du seul pape élevé au pontificat sans avoir été cardinal, et dont on a le regret de n'avoir sauvé que bien peu d'écrits, est consignée en entier dans l'un des livres espagnols de ma bibliothèque. Ce document historique appartient à l'année 1263.

qu'à vingt-trois ans, étant encore Marie-Dorothée Dérier, il ou elle n'avait pas de gorge.

On a pour garantie de ce fait l'affirmation très-formelle de Metzger, citée par un autre médecin légiste ou ne peut plus digne de confiance, notre honorable ancien collaborateur du *Grand dictionnaire des sciences médicales* et savant archiâtre M. Marc père.

Cet auteur, en parlant des hermaphrodites, c'est-à-dire des individus prétendus tels étudiés dans l'espèce humaine, rapporte le genre de celui-ci à l'hermaphrodisme neutre ou indiquant un individu qui n'est ni mâle ni femelle.

Aux yeux d'un médecin du seizième siècle qui n'en a pas moins eu un grand renom dans son temps et dont on ne saurait même encore méconnaître le mérite réel, le même individu équivoque, au lieu de n'être jugé, comme par M. Marc, ni de l'un ni de l'autre sexe, aurait été gravement déclaré avoir, comme je crois le mythologique devin Thirésias, alternativement appartenu à tous les deux.

J'ai sous la main cette preuve, entre bien d'autres, qu'il n'est vraiment pas d'assertions puériles, aujourd'hui dédaignées comme souverainement ridicules dans les sciences médicales que, pour peu qu'on remonte à leur origine, on ne puisse voir données pour des vérités évidentes.

Tous ceux qui, en effet, ont lu le livre de Huarte, y ont dû remarquer ce qui suit :

« (1) Et puis, que des femmes se soient changées en hommes après leur naissance : la multitude ne s'étonne déjà plus de l'entendre rapporter. C'est aussi, qu'outre ce que beaucoup d'anciens avaient établi comme avéré à cet égard, la chose est arrivée, il y a fort peu d'années, en Espagne. Hors ce qui est démontré par l'expérience ne comporte ni controverse ni argument. (*Examen des esprits.*) »

N'ayant encore eu l'occasion de voir après la mort et d'étudier anatomiquement aucun gynécomaste, il ne m'est sans doute pas permis d'affirmer, quelle qu'en puisse être mon opinion préconçue, que l'organisation interne des tumeurs pectorales, chez ceux que je n'ai vus que vivans, était plus conforme que chez l'hermaphrodite neutre Dérier à celle des seins d'une véritable femme.

Ces parties, cependant, dont l'hypertrophie constitue la gynécomastie, n'ont-elles donc pas été prétendues superflues, même à leur état normal, dans le sexe masculin?

J'avouerai mon antipathie pour une pareille idée comme pour tout ce qui semble improuver quelque chose dans un chef-d'œuvre de la création aussi réellement admirable que la structure du corps humain.

Aussi préférerais-je sur ce point, me ranger à l'opinion consignée dans sa physiologie par l'illustre professeur Broussais, lorsqu'il dit, touchant l'existence des mamelles chez l'homme quoiqu'il soit dépourvu de glandes mammaires, etc., que ces sortes d'organes, qui peuvent paraître inutiles, ne sont tels que relativement à une espèce; ils sont l'empreinte de la grande loi qui préside à l'organisation de tous les animaux d'une même classe, et se rattachent aux grandes vues de physiologie générale et d'anatomie comparée que l'on trouve développées dans les ouvrages de M. Geoffroy Saint-Hilaire, de Tiedmann et de quelques autres.

La gynécomastie, cette apparence féminisée de la paroi antérieure de la poitrine chez l'homme, peut-elle être assez insupportable à celui qui la présente, pour qu'il recourre au moyen sanglant de l'ablation de ses mamelles, comme certains anciens n'ont pas craint de le conseiller?

Personne, sans doute, ne le croira.

Mais son existence peut-elle être jamais considérée comme un état exempt d'infirmité?

Je le crois tout aussi peu.

C'est véritablement un état maladif.

Pour peu que l'on voulût même lui trouver, comme tel, une place dans l'un des cadres nosologiques de nos plus habiles maîtres, et qu'on reconnût, par exemple, à celui de M. le baron Alibert, en rapprochant la gynécomastie de ses adéliparies partielles, ou de la deuxième espèce, elle pourrait, je crois, entrer assez naturellement dans sa famille des ethmoplécoses.

En me résumant enfin, ou plutôt m'arrêtant ici pour en finir touchant l'objet spécial de mes disgressions, je crois pouvoir en déduire les conclusions suivantes :

La gynécomastie établit sinon une preuve assurée au moins une assez forte présomption d'impuissance pour devoir détourner de tout mariage dont le but serait de ne pas rester sans postérité. La réponse d'un médecin devra être dans ce sens, lorsqu'il se trouvera requis d'éclairer une famille sur ce point.

Il y a lieu de comprendre le vice de conformation des parois de la poitrine qui caractérise la gynécomastie entre les difformités reconnues susceptibles de faire prononcer l'exemption et la réforme du service militaire.

(1) Y que se ayan bueltos mugeres en hombres despues de nacidas, ya no se espanta el vulgo de oyrlo : por que, fuera de lo que cuentan por verdad muchos antignos, escosa que ha acontecido en Espana muy pocos anos ha : y lo que muestra la experencia no admite disputas ni argumento.

(EXAMEN DE INGENIOS.)

De l'emploi du trépan perforatif dans l'opération de la fistule lacrymale; par M. le docteur MONTAIN, professeur à l'école de médecine de Lyon.

La fistule lacrymale est une maladie tellement connue que je crois qu'il serait plus que superflu d'en présenter une nouvelle description. Je ferai cependant remarquer : 1° que l'on confond souvent dans le traitement la fistule et la tumeur lacrymale; 2° que l'on néglige trop souvent pour l'une et l'autre les ressources de la thérapeutique médicale. On s'empresse d'opérer, comme

si la cause qui détermine l'obstruction du canal nasal ne pouvait pas être combattue par des médications rationnelles.

La tumeur lacrymale peut souvent guérir sans opération. Je crois même pouvoir avancer d'après l'expérience, qu'avec les médications appropriées et de la persévérance, on pourrait guérir une bonne partie des tumeurs et des fistules. L'obstruction du canal nasal est presque toujours la cause de cette maladie. Le plus souvent elle est due à un engorgement chronique, quelquefois à une phlegmasie qui se soutient dans une espèce d'état aigu. Dans ce dernier cas, on doit avoir recours à des injections émollientes, même sédatives, avec la décoction de laitue, de mauve, de pavots, à des lotions de même nature sur la tumeur ou la fistule ; ces moyens doivent être combinés avec les évacuations sanguines et les révulsifs. Dans le premier cas, les injections toniques, astringentes, les révulsifs à suppuration, à la nuque, au bras, les purgatifs, etc., m'ont souvent suffi pour obtenir des guérisons complètes. Je fais les injections au moyen d'une seringue à canule recourbée, de sorte que le jet de liquide est projeté directement sur l'orifice inférieur du canal nasal et ses environs (1). J'ai n'ai pas recours aux injections lacrymales d'Anel, généralement trop faibles pour produire une médication fructueuse.

La fistule lacrymale est plus rare maintenant qu'autrefois (2); l'une de ses principales causes, la variole, ayant été presque entièrement détruite par les bienfaits de la vaccine; cependant elle n'est encore que trop commune, aussi les procédés opératoires pour la guérir ont été très-multipliés; on peut les réduire à trois principaux : 1° rétablir le canal nasal dans son état normal ; 2° lui substituer un conduit artificiel; 3° en créer un nouveau par la perforation de l'os unguis.

Le premier paraît le plus simple et le plus naturel, mais il est le plus long, aussi est-il généralement abandonné. Cependant l'on peut espérer de rétablir le conduit nasal par des moyens rationnels administrés d'après la nature de l'altération de ce même canal, comme je l'ai indiqué pour la tumeur; mais dans la fistule on doit ajouter les injections à travers l'ulcère fistuleux que l'on peut dilater avec l'éponge préparée, ensuite introduire dans le canal des bougies de cordes à boyau, imprégnées d'extraits médicamenteux, comme je l'ai fait dans deux cas de fistules qui étaient destinées à être opérées : le succès fut complet (3).

Le deuxième procédé paraît plus prompt; un conduit métallique remplace le conduit naturel. La forme et la composition de ce conduit ont varié, mais ils ont tous la même destination. Les hommes les plus distingués n'ont pas dédaigné de s'occuper de la perfection de ce procédé (1) qui, malgré leurs efforts, ne laissent pas que d'offrir quelques inconvéniens (2), tels que la difficulté de bien assujettir la canule, l'influence qu'elle exerce comme corps étranger, etc., etc. (3).

Le troisième procédé a été repoussé par quelques auteurs, tandis que plusieurs autres ont exalté ses avantages, surtout St-Yves, Pott et Scarpa. Pour perforer l'os unguis, on a employé divers moyens : un trois-quart, une sorte d'alène, un cautère actuel, un emporte-pièce. Ce dernier moyen a été généralement adopté, c'est la méthode de Hunter. Quant au cautère actuel, espèce de poinçon rougi, on doit le rejeter comme insuffisant et très-douloureux.

Je ne chercherai pas à discuter sur la supériorité de chaque méthode ni sur la préférence que l'on doit donner à l'une ou à l'autre. J'admets, que la route artificielle a été préférée ou choisie, soit par conviction, soit parce que les autres sont impraticables ou insuffisantes; alors je propose le procédé suivant, qui m'a constamment réussi et qui est celui de Hunter modifié et simplifié. L'instrument de cet auteur est difficile à diriger pour produire l'effet perforant; dans les mouvemens nécessaires à l'opération, il décrit un cône dont le sommet est sur l'os unguis ; il est difficile d'en modérer la force, et les os sont souvent brisés sans être perforés. J'ai vu l'emporte-pièce pénétrer la cloison, malgré la lame de corne introduite dans les fosses nasales, lame qui est pour ainsi dire inutile, parce que le point d'appui qu'elle doit présenter devient illusoire par la saillie des cornets. Tous ces inconvéniens sont calculés par la trépanation.

Le trépan lacrymal dont je me sers depuis plus de seize ans (4) est formé par une virole soutenue par une aile, destinée à être fixée par le pouce et l'index. Dans la virole tourne un cylindre qui se termine par une

---

(1) J'ai fait faire une canule recourbée de manière à pouvoir diriger son extrémité olivaire dans le méat : cette extrémité est criblée de petits trous d'un côté pour former une sorte de douche en arrosoir sur l'orifice du canal, etc.

(2) Je ne parle que de la fistule lacrymale, bien convaincu de la possibilité de guérir la plupart des tumeurs, etc.

(3) On pourrait monter ces petites bougies sur un mandrin pour leur donner plus de force.

(1) On doit spécialement citer Dupuytren, le professeur Lallemand et le docteur Brachet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(2) Les causes de ces accidens ont été parfaitement signalées par M. le docteur Pétrequin ainsi que diverses modifications soit dans la forme de la canule, soit dans la manière de la placer et de la fixer. Les changemens apportés à ce procédé me paraissent lui donner toute la perfection dont il est susceptible.

(3) M. le docteur Bonnet, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'a vu obstruer le canal et en a pratiqué un nouveau avec mon trépan perforatif.

(4) M. Velpeau dit, dans son *Traité de médecine opératoire*, que si l'on voulait renouveler l'expérience de l'emporte-pièce, on y parviendrait facilement avec l'emporte-pièce de M. Tulrich ou celui qui se trouve chez M. sir Henry. Ce dernier est celui que j'ai fait exécuter par cet artiste, et l'autre est le même que je donnai en 1820 au docteur Seutin, chirurgien distingué de Bruxelles, seulement on y a ajouté une manivelle qui, je crois, doit le rendre très-difficile à manier. J'ai, depuis cette époque, modifié et perfectionné cet instrument qui, d'ailleurs, est signalé dans une note insérée dans le recueil des mémoires de l'Académie royale de chirurgie, t. 2, édit. in-8° 1819.

pyramide de 8 lignes de longueur, sur laquelle se place une canule en acier à dent de trépan d'un côté, et se fixant par des facettes sur la base de la pyramide. La pointe de celle-ci dépasse un peu la couronne pour fixer son mouvement de rotation, tandis qu'elle offre à l'autre extrémité une espèce de bouton dans le centre duquel elle se fixe. Ce bouton est strié à sa circonférence, pour être facilement manié entre le pouce et l'indicateur de la main droite.

Pour procéder à l'opération, je n'incise pas sur la fistule ; je prends le temps convenable pour dilater son ouverture et éviter la douleur. J'introduis d'abord un morceau de corde à boyau, ensuite une espèce de guille d'éponge préparée ; et quand l'orifice est assez élargi, je procède à l'application du trépan. Je dirige l'extrémité de la canule sur l'os unguis, de manière à ce que la dent du trépan porte sur la partie antérieure de cet os derrière l'apophyse montante de l'os maxillaire, au-devant des cellules ethmoïdales (1), dans le lieu même désigné par Hunter et Scarpa.

Je fixe l'instrument horizontalement dans cette position, en tenant son aile entre le pouce et l'indicateur, tandis qu'avec les mêmes doigts de la main droite, je fais tourner le bouton dont le mouvement de rotation se communique à la couronne de trépan et à la pyramide qui la fixe. L'os unguis est perforé en rond, et l'on obtient avec facilité et d'une manière régulière l'effet que l'on se propose de produire par l'emporte-pièce de Hunter. Lorsque je juge que toute l'épaisseur de l'os a été traversée, je retire l'arbre du trépan, et sa canule me sert à porter dans la fosse nasale une corde à boyau d'un diamètre convenable. Lorsqu'elle est placée, je retire la canule et je maintiens le petit appareil à l'aide d'une mouche de dyachilon. Les pansemens subséquens consistent à changer une ou deux fois par jour le diachylon et la corde à boyau, à augmenter le diamètre de cette dernière, à bassiner l'orifice fistuleux avec des décoctions émollientes, et à employer des lotions du même genre dans la fosse nasale.

Cette guérison est facilement obtenue parce que la portion d'os a été enlevée nettement sans fracture ; il ne reste pas dans l'ouverture des fragmens d'os capables de l'obstruer ; la membrane muqueuse du sac lacrymal se réunit avec celle des fosses nasales. Dans cette ouverture artificielle, cette réunion est favorisée, ainsi que la conservation de l'ouverture, par l'action douce et dilatatrice de la bougie de corde à boyau. Le succès de cette opération est étayé par la douceur des pansemens, les médications suggérées par quelques symptômes subséquens, surtout par des injections émollientes, sédatives et même astringentes à travers le conduit artificiel, injections faciles à faire par rapport à la dilatation entretenue à l'aide de la corde à boyau.

(1) Il est possible que ces dernières soient ouvertes, ce qui n'empêche pas de parvenir dans les fosses nasales, et de réunir la membrane des fosses nasales se cicatrisant toujours avec celles du sac.

La guérison se fait rarement attendre au-delà de dix à quinze jours, quand le malade est convenablement pansé ; je l'ai même vue une fois se faire en très-peu de jours chez un officier qui fut obligé d'ôter la corde à boyau après quatre jours de pansement, ayant été forcé de quitter l'hospice pour suivre la retraite de l'armée. Je le revis quelques mois après, et il m'assura que la fistule s'était rapidement cicatrisée sans accident. Les traces laissées par ce procédé sont moins marquées que celles des autres procédés, parce que j'emploie la dilatation au lieu de l'incision. Enfin, je n'ai jamais eu l'occasion d'observer des récidives. En préconisant ce mode de traitement, j'ai pour moi l'expérience de toute ma pratique, l'autorité de Scarpa et de plusieurs opérateurs distingués qui ont donné la préférence à la méthode de Hunter.

Affection anormale du système nerveux survenue à la suite d'une plaie à la tête ; par M. Ambrosano.

Obs. — Un homme remarquable par la force de sa constitution et l'état florissant de sa santé, essuya, à la suite d'une chute, une plaie à la région pariétale gauche de la tête, avec fracture de l'os correspondant et forte commotion encéphalique, il resta paralysé, et ses voies digestives devinrent très-paresseuses. Après un long traitement, cependant, il recouvra le libre usage des organes des sens. La plaie se cicatrisa après avoir longtemps suppuré et donné issue à quelques esquilles. Enfin le malade s'est cru guéri. Le facies cependant et les attitudes de cet homme indiquaient chez lui quelque chose de dérangé dans l'encéphale. Quoi qu'il en soit, il se sentait bien portant et avait repris ses occupations, lorsqu'il a éprouvé une fièvre périodique anormale par suite de son exposition aux miasmes malsains. Il se négligea et devint extrêmement maigre. Une éruption cutanée suppurante, en attendant, se déclara par tout le corps, et le malade éprouva de l'amélioration. Il reprend un peu d'embonpoint.

Mais la diarrhée le surprend alors, et il est saisi de faiblesse extrême d'abord, puis de convulsions cloniques, de manière que tout son corps était en mouvement continuel. Ces convulsions revenaient par accès, commençaient par une sorte de syncope ; la respiration était difficile ; puis après des mouvemens convulsifs très-bizarres se déclaraient ; le tronc étant fléchi tantôt latéralement, tantôt en arrière, tantôt en avant ; les membres étaient tantôt étendus et raides, tantôt fléchis et immobiles.

L'intermission de ces accès n'était d'abord que de quelques minutes au moins, d'une heure et demie au plus. Plus tard, par l'usage continuel des bains et d'autres remèdes, les retours étaient devenus plus éloignés, et les convulsions moins fortes. Mais par la suite le mal a empiré, les accès ont repris plus de puissance, le pouls est devenu capillaire, le visage pâle, la tête tirée en arrière comme dans l'emprosthotonos, les yeux ouverts et farouches. Mort.

L'autopsie a montré : 1° destruction dans l'étendue d'un pouce de la table externe de l'os pariétal à l'endroit de la fracture, et trajet sinueux communiquant de ce point jusqu'à la dure-mère ; 2° dure-mère épaissie et adhérant fortement au cerveau sur ce point ; 3° sugillation circulaire, jaunâtre et dure à la surface du cerveau qui adhère aux membranes : 4° collection séreuse entre la pie-mère et le cerveau, formant sous l'os pariétal gauche une sorte de kyste dont le liquide a jailli par la ponction. Le reste du cerveau et de l'organisme étaient sains, à l'exception du foie qui était hypertrophié.

Ce qui rend intéressante cette observation, c'est la variété particulière des convulsions que le malade a présentées, et l'espèce de kyste accidentel qui comprimait l'encéphale à l'endroit de la blessure. Une question curieuse se présente ici à l'occasion de ce fait. Les mouvemens convulsifs étaient-ils occasionnés par l'épaississement partiel de la dure-mère ou bien par le kyste dont on vient de parler? S'il était permis de déduire une conséquence générale d'un fait particulier, la réponse ne serait pas douteuse. Boyer, en effet, ayant été appelé pour trépaner un homme épileptique, fit quelques manœuvres et le malade mourut peu de temps après. A l'autopsie on ne trouva d'autre lésion capable d'expliquer les convulsions qu'un épaississement partiel de la dure-mère.

(*Efeemeridi di clinica medico-chirurgica del regno delle due sicilie*).

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

OCTOBRE 1836.

N° 40. — 1er Oct.

Recherches sur la nécrose et la trépanation des os ; par M. Jobert de Lamballe, D.-M., chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc., etc.

(Deuxième article.)

J'ai observé avec un soin extrême ce qui se passe après la trépanation d'un os nouveau, et il m'a été permis de penser que la conservation des parties molles et l'empiètement des couronnes de trépan les unes sur les autres rendaient les résultats de l'opération moins dangereux et plus heureux.

On doit distinguer deux circonstances bien différentes dans cette opération; dans l'une, l'os est plein et dépourvu de canal médullaire; dans l'autre, ce conduit est conservé et renferme le séquestre.

Dans le premier cas, lorsqu'on se sert de couronnes de trépan d'un diamètre moyen, une exfoliation, tantôt en forme d'anneau, occupe tout le contour sur lequel a porté la scie, et tantôt, au contraire, l'exfoliation se fait partiellement; des bourgeons qui surgissent alors de toutes parts, du fond aussi bien que de la surface, réparent la perte de substance qui devient bientôt complète par l'apparition de matière osseuse au sein de ces bourgeons, qui se recouvrent d'une cicatrice. Alors la perte de substance est nulle ou à peu près nulle ; il y a donc eu régénération, reproduction. J'ai actuellement dans mes salles un jeune homme dont le tibia trépané n'offre presque aucune difformité.

Dans le second, non-seulement il y a exfoliation, développement de bourgeons de la circonférence au centre, mais même du fond; les bourgeons moyens, ou médullaires, ne participent en rien à l'ossification, et il n'y a que ceux qui viennent des bords de l'os et de sa substance compacte qui s'ossifient; aussi la cicatrice est-elle déprimée au centre par la pression. Mais les bords de l'os s'affaissent et le canal médullaire disparaît; d'où il résulte que la régénération, se bornant à une plus petite étendue, l'ossification n'ayant pas lieu, les parois de l'os s'affaissent, il existe une perte de substance évidente et une dépression marquée. Nous avons remarqué que, chez les jeunes sujets, l'activité de la reproduction était plus considérable qu'à une autre époque de la vie.

Les premiers jours d'une trépanation, les bords de la plaie s'enflamment, une lymphe blanchâtre est répandue abondamment sur toute la surface de la plaie qui se dégorge, et dont les chairs perdent leur dureté par la suppuration; bientôt les fausses membranes se recouvrent de bourgeons charnus.

Je n'ai jamais remarqué d'accidens inflammatoires ni de phlébite à la suite de la trépanation, et l'inflammation est facilement apaisée par de la charpie trempée dans l'eau froide, et non par la projection d'un jet d'eau sur la surface malade.

Les faits suivans me paraissent mériter l'intérêt des hommes de l'art; je vais les exposer en quelques mots.

Le nommé Troupet (Guillaume), âgé de vingt-sept ans, laboureur, d'une constitution robuste et athlétique, n'a jamais été malade, n'a présenté dans son enfance aucun symptôme de vice scrofuleux ou rhumatismal, et n'a point contracté de maladie vénérienne.

Il y a six ans que, sans violence antérieure, sans cause appréciable, ce malade ressentit dans le genou une douleur très-vive, qui l'empêcha de marcher, et que la jambe tout entière devint enflée et rouge tout le long de la partie antérieure et interne du tibia. Après quinze jours d'un traitement rationnel, deux incisions furent faites sur la tumeur, l'une au milieu des parties molles de la face interne du tibia, et l'autre au-dessus du condyle interne du fémur. Quelques portions d'os nécrosé sortirent par la plaie inférieure : la guérison se fit attendre un an, et, après ce laps de temps, il reprit ses travaux.

Un an après, les mêmes symptômes que précédemment se déclarèrent; de nouvelles incisions furent exigées, et le long de la face interne du tibia s'établirent trois fistules, qui s'ouvraient et se fermaient alternativement, laissant sortir par intervalle de petites esquilles nécrosées.

Le 2 décembre 1833, le malade entra à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 7. J'explorai avec

un stylet la partie malade, et, avec la sonde poussée dans les fistules, je reconnus l'existence d'un long séquestre dont la nature n'avait pu se débarrasser; je me décidai donc à trépaner pour pouvoir le retirer, et c'est dans cette intention que je préparai cet homme pendant dix-huit jours par le repos, les cataplasmes émolliens, les bains, les amers donnés à l'intérieur; j'ouvris alors une voie pour l'issue du séquestre.

Je pratiquai, sur la face interne et antérieure du tibia une incision de six pouces de long, de chaque extrémité de laquelle partaient deux autres incisions obliques, d'un pouce à peu près d'étendue, pour permettre d'écarter largement et facilement les bords de la première plaie longitudinale.

Les lambeaux disséqués et renversés, je ruginai le périoste, qui était épaissi dans les points ou les couronnes devaient être appliquées : sept de moyen calibre furent placées successivement dans la même ligne, de manière à anticiper un peu les unes sur les autres. Dès ce moment l'extraction du séquestre devint facile, grâce à cette longue perte de substance, car cinq couronnes n'avaient pas suffi pour le retirer.

La plaie fut recouverte de charpie et de compresses trempées dans l'eau froide, qui fut renouvelée plusieurs fois dans la journée. Aucun accident ne survint; la plaie sinueuse et profonde se vida du pus qu'elle contenait, et le travail de réparation commença.

Dans la première quinzaine de janvier, les fausses membranes grisâtres, qui avaient été déposées à la surface de la plaie avaient disparu, et l'on voyait la trace de l'application des sept couronnes de trépan, et toutes ces entamures du tibia dessinaient un double feston produit par la suite de sept cercles tangens.

Les aspérités osseuses bientôt commencèrent à être achées par les bourgeons qui se développaient à la surface et dans l'intérieur de la plaie.

Quinze jours après l'opération, je tentai d'ébranler des esquilles, mais ce ne fut qu'au bout de trois semaines que je pus enlever un cercle complet, véritable bague, représentation assez exacte de la couronne de trépan, ainsi que de petites esquilles, dont un grand nombre d'entre elles furent expulsées par les seuls efforts du bourgeonnement. Une fois toutes ces portions d'os tombées, le travail de cicatrisation marcha sans entraves; les bourgeons vasculaires vinrent à la rencontre les uns des autres, et, se joignant de toutes parts, formèrent une couche, molle d'abord, qui, plus tard, prit la solidité osseuse dans certains points et conserva une certaine mollesse élastique dans d'autres. L'orifice immense qui existait par suite de la perte de substance, fut en presque totalité comblé par une véritable régénération qui, à tort, a été niée.

Le 15 mars, la circonférence de la plaie était entièrement osseuse, et le centre seul était un peu déprimé et élastique, à cause du défaut d'ossification des bourgeons médullaires. Comme nous l'avons dit ailleurs, les bourgeons de la circonférence, attendu l'application d'une couronne de trépan très-large, n'avaient pu complétement se rejoindre. La cicatrisation est devenue complète dans le courant de mars, et la marche, chez ce malade, n'a été nullement gênée.

Le nommé Cherin (Robert), âgé de dix-neuf ans, serrurier, robuste, mais d'une constitution assez lymphatique, entra à l'hôpital Saint-Louis le 26 avril 1836, n'ayant éprouvé aucune maladie jusqu'au moment où il ressentit les premières atteintes de l'affection dont nous allons faire l'histoire.

Après avoir fait une marche forcée et s'être exposé à l'humidité, cet homme éprouva des douleurs au devant de la jambe gauche; une tumeur se développa d'abord petite, elle sembla s'étendre, se ramollit, forma un abcès qui bientôt fut ouvert à l'hôpital d'Orléans. Pendant son séjour dans cet établissement, les parties molles environnantes prirent de la consistance, de la dureté, s'engorgèrent, plusieurs ulcérations se déclarèrent sur la peau, et il s'établit, à la région antérieure de la jambe, des fistules par lesquelles sortait un liquide grisâtre et mal lié. Les quatre mois pendant lesquels ce malade y demeura ne déterminèrent aucune amélioration, quoiqu'on eût mis en usage les injections astringentes, etc. Il se décida alors à faire le voyage de Paris, et entra dans l'hôpital Saint-Louis.

A son entrée, les parties molles étaient durcies, gonflées, dans le tiers inférieur de la jambe, à dater d'un demi-pouce au-dessus des malléoles, et étaient le siége d'ouvertures fongueuses, à bords durs, à travers lesquelles on pénétrait dans le tibia. Tous ces trajets fistuleux étaient isolés et aboutissaient au séquestre commun qui, percuté, offrait une résonnance non-contestée; on sentait l'os comme s'il avait fui devant l'instrument.

Dès lors, il ne nous fut pas permis de douter de l'existence d'un séquestre enveloppé dans un os nouveau, qui était là emprisonné, ne pouvant se glisser dans les ouvertures fistuleuses.

Pour éviter une suppuration pour ainsi dire interminable, et pour extraire un corps étranger qui était la cause d'inflammations répétées, et qui menaçait continuellement le malade de phlegmons diffus, je proposai à celui-ci l'opération qui devait, en retirant la cause matérielle, source de ces accidens, anéantir les effets qu'elle entretenait par sa persistance.

Le 9 mai, je fis une incision qui comprenait les ouvertures fistuleuses, qui s'étendait au-dessus et au-dessous de l'engorgement des parties molles, et qui se terminait en bas et en haut par deux incisions presque horizontales, de manière à pouvoir renverser les deux lambeaux en dedans et en dehors, comme les deux battans d'une fenêtre que l'on ouvre. Quatre couronnes de trépan furent ensuite successivement appliquées, et l'on put retirer un séquestre d'environ deux pouces et deux petits fragmens osseux isolés. Les lambeaux de la plaie furent réappliqués sur sa surface, et le tout fut recouvert de compresses et de charpie trempée dans l'eau froide. Pendant la nuit qui suivit l'opération, il s'écoula une certaine quantité de sang qui s'arrêta de lui-même.

Le 11 mai, le malade a été un peu agité pendant la nuit, et cependant le pouls n'est qu'à quatre-vingt-

dix pulsations ; la plaie n'offrit rien de particulier, aussi me fut-il permis de lui prescrire quelques alimens.

Le 12, l'état général était satisfaisant ; le pouls était régulier et le malade avait passé une bonne nuit ; toute la plaie était recouverte de sang coagulé et de fausses membranes.

Le 14, la plaie se nettoie ; les caillots de sang ont presque entièrement disparu ; les fausses membranes sont devenues rougeâtres, vasculaires ; la suppuration est devenue abondante, la langue un peu chargée.

Le 18, la plaie s'est complétement nettoyée ; on reconnaît l'endroit où le trépan a tracé sa voie, on aperçoit des bourgeons au fond de la plaie et d'autres plus saillans qui naissent de la circonférence.

Le 21, les bourgeons superficiels et profonds commencent à se diriger les uns vers les autres ; les derniers ont plus de vascularité.

Le 26, je retirai des portions d'os nécrosées qui recouvraient des bourgeons au contour intérieur de l'ouverture du trépan, lesquels furent bientôt protégés par une cicatrice mince.

Le 10 juillet, le malade marchait, s'appuyait sur sa jambe sans claudication ; ce membre ne différait en rien par sa solidité et par sa longueur de celui du côté opposé. J'ai eu l'occasion de voir ce malade, le 20 août ; quoiqu'ayant marché et travaillé beaucoup, il n'a éprouvé ni douleur ni déchirure de la cicatrice.

La nommée Silly (Louise), âgée de seize ans, sans profession, peu développée, lymphatique, entra à l'hôpital Saint-Louis, le 8 août 1835. Vaccinée dans sa première enfance, elle fut atteinte à l'âge de six ans d'une fièvre intermittente ; à neuf ans, de la rougeole, dont les suites furent longues, et dans sa treizième année, elle ressentit tous les symptômes d'une irritation intestinale, qu'elle appelait *lassitudes*.

Dix-neuf mois avant son entrée dans cet établissement, s'était développé, à la surface antérieure du tibia gauche, un abcès qui augmenta considérablement et nécessita une ponction, laquelle dégénéra en fistule ; semblable trajet se déclara vers la partie inférieure de la jambe. Par ces ouvertures sortirent de petits fragmens d'os nécrosés ; trois fistules n'en persistèrent pas moins ; deux très-rapprochées et occupant la partie moyenne de la jambe, et la troisième la région inférieure. L'exploration à l'aide d'un stylet nous fit reconnaître l'existence d'un séquestre invaginé. La suppuration était abondante, ténue, et fatiguait cette jeune fille, qui n'offrait à cette époque aucune trace de lésion intérieure. Je crus l'indication favorable pour la débarrasser de cette suppuration si abondante et qui causait le dépérissement.

Une incision longitudinale fut pratiquée sur la partie moyenne de la face antérieure du tibia ; elle comprenait les deux fistules supérieures, et se terminait en haut et en bas par une double incision oblique, comme il a été dit dans la description du procédé. L'incision ressemblait assez exactement à deux Y accolés par leur base.

C'est alors que les couronnes de trépan furent appliquées sur le nouvel os, et le séquestre extrait. Un des angles de la plaie fut réuni pour un point de suture, et le pansement fait avec de la charpie trempée dans l'eau froide. Tout marcha assez régulièrement jusqu'au 8 octobre, époque à laquelle la malade éprouva les symptômes d'une surdité qui disparut et revint plusieurs fois alternativement. Le 14 du même mois, les portions d'os, que le trépan avait entamées étaient exfoliées ; des bourgeons les avaient remplacées ; mais comme la perte de substance avait été faite à l'aide d'une couronne fort large, les bourgeons vasculaires ne purent parvenir d'un côté à l'autre ; ils suppurèrent là où ils étaient ; ils y revinrent osseux, et les bords de l'os s'affaissèrent en se continuant arrondis avec la substance osseuse dont nous venons de parler. Ceux qui naissaient de la membrane médullaire ne devinrent pas osseux, et se couvrirent au fond de la plaie d'une cicatrice blanche. Cette malade après sa guérison conserva quelques ganglions engorgés à l'aîne du côté droit.

La portion d'os extraite n'était pas formée par le cylindre entier, mais bien par la partie antérieure du tibia, et surtout par cette portion qu'on appelle la crête.

Lorsque tout indiquait chez elle sa prochaine sortie de l'hôpital, elle fut prise d'une toux opiniâtre, d'exaspérations nocturnes, de fièvre hectique, et le 19 février 1836 elle succomba après plusieurs attaques d'hémoptysie.

Nous disséquâmes la jambe opérée et ouvrîmes la poitrine. Nous reconnûmes : 1° que les poumons adhéraient aux côtes dans toute leur étendue ; 2° que la poitrine était rétrécie ; 3° que des tubercules nombreux farcissaient le poumon ; 4° que les ganglions bronchiques contenaient de la matière tuberculeuse.

La peau qui recouvre la face interne du tibia est sillonnée de plusieurs cicatrices blanches, formées de plis rayonnans qui convergent vers la principale cicatrice ; c'est à deux pouces au-dessus de la tubérosité du tibia qu'elle commence, et c'est entre cinq et six pouces qu'elle finit. A la partie supérieure et moyenne du tibia, on aperçoit une excavation profonde dont le grand diamètre est vertical et le petit transversal ; elle est recouverte par une cicatrice mince, adhérente à l'os, pâle extérieurement, vasculaire et rouge profondément.

Cette nouvelle peau enlevée, je trouvai que l'excavation dont la profondeur est d'environ un pouce et la longueur de quatre, était en partie remplie par une substance gélatiniforme, d'un blanc grisâtre, assez molle, vasculaire et formée sans aucun doute par la membrane médullaire, qui ne participait en rien à l'ossification. Ses bords étaient arrondis, déprimés et recouverts par un périoste vasculaire et fortement adhérent, qui cesse dans la peau mince dont nous venons de parler.

La coupe verticale du tibia nous fit voir que le canal médullaire se continuait à un demi pouce au-dessus et au-dessous de cette excavation, mais dans le reste de son étendue il avait disparu et s'était oblitéré.

Le trajet de la scie nous démontra que le développement de bourgeons avait été la cause de son oblitération, et nous prouva que l'os avait pris un accroisse-

ment de volume considérable dans sa paroi postérieure, comme si la nature avait voulu par cette structure hypertrophique réparer la perte de substance faite à la paroi antérieure du tibia. Tout le contour de l'os, du reste, qui répondait à la perte de substance, avait augmenté de volume, aussi les porosités vasculaires étaient-elles nombreuses et assez larges.

En examinant le tissu compacte qui était fort épais, nous avons pu distinguer plusieurs couches semblables aux couches concentriques du tronc d'un arbre.

Il me reste maintenant à rapporter quelques observations de fistules qui avaient persisté après la destruction du séquestre.

Le nommé Bidot (Pierre Félix), âgé de dix-sept ans, journalier, entra à l'hôpital Saint-Louis le 19 septembre 1835, pour y être traité de plusieurs trajets fistuleux qui avaient leur siége le long de la partie antérieure de la jambe.

Sept mois avant son entrée dans cet établissement, ce jeune homme avait, dans les membres inférieurs, éprouvé des douleurs qui d'abord avaient été vagues, et qui se fixèrent sur le genou droit, qu'elles abonnèrent pour se fixer sur la jambe du même côté. Un abcès se forma et s'ouvrit quinze jours après l'apparition des symptômes inflammatoires.

Cette ouverture fistuleuse fut bientôt suivie de plusieurs autres qui parurent le long de la crête du tibia, et qui livrèrent passage pendant trois mois à des esquilles dont le volume était très-variable: ce furent ces accidens qui le décidèrent à entrer à l'hôpital de Provins. Ne trouvant aucune amélioration dans son état, ce jeune homme se décida à faire le voyage de Paris, et à entrer à l'hôpital Saint-Louis, où il fut soumis à un traitement amer, aux bains sulfureux, etc... L'insuccès de ces moyens nous engagea à proposer au malade la trépanation, comme moyen sûr de détruire les trajets organisés pour en obtenir l'oblitération, et ce ne fut cependant qu'après trois mois de séjour dans nos salles que nous mîmes à exécution l'opération proposée, c'est-à-dire le 11 décembre 1835.

Je ne reviendrai pas sur les détails qui ont été donnés au sujet du procédé, qui n'a subi, dans ce cas, aucune modification.

Cinq couronnes de trépan furent appliquées sur la longueur du tibia, et fournirent une perte de substance assez considérable. La scie circulaire entama l'os avec beaucoup plus de difficulté qu'elle ne l'eût fait sur un os primitif et sain, aussi les applications de ces diverses couronnes furent-elles fatigantes et laborieuses, tant l'os trépané était dur et compacte.

La profondeur à laquelle parvinrent les couronnes de trépan me prouva qu'il n'existait pas de canal médullaire. Au reste les portions d'os cylindriques séparées par les efforts de la scie, avaient à peu près un pouce de longeur, et étaient creusés au centre d'un conduit organisée. Le tibia était donc très-compacte et dépourvu de conduit central.

Le malade fut pansé pendant tout le temps de la cicatrisation avec de la charpie trempée dans l'eau froide.

De toutes parts des bourgeons se sont élevés du fond de la plaie, de la circonférence et de la surface, et ils ont été précédés de la chute de portions osseuses minces, touchées par la scie; tous se sont réunis et ont rempli l'espace résultat de la perte de substance qui a entièrement été réparée, au point que depuis plus de trois mois que la guérison est complétement terminée, il n'existe qu'une petite excavation sans laquelle, en effet, il y aurait un niveau complet. Il y a donc eu régénération, et cette régénération a été produite par le tibia seulement, et non par la membrane médullaire qui n'existait pas. Sans doute que si cette reproduction a été aussi parfaite, cela doit être expliqué par la grande activité du développement des organes et des os en particulier à cet âge de la vie; et en second lieu au diamètre de la couronne de trépan, qui était à peu près de quatre lignes.

Il nous semble que chez ce jeune malade, à la faveur du travail inflammatoire, des portions d'os se sont nécrosées, que le ramollissement que nous avons rencontré en faisant pénétrer la sonde, et qu'on aurait pu regarder comme une carie, n'était autre chose que le résultat d'un bourgeonnement qui permettait à la sonde de traverser aisément les parties malades.

En 1833, j'ai trépané le tibia d'un nommé Levasseur, âgé de vingt-huit ans, d'une constitution lymphatique, qui entra à l'hôpital Saint-Louis pour y être traité d'un engorgement du tibia très-douloureux accompagné de fistules. Une couronne de trépan fut appliquée, et un cylindre d'environ six lignes de longueur fut extrait; je ne trouvai pas de séquestre.

Le malade fut pansé avec de la charpie trempée dans de l'eau froide, et le 8 décembre de la même année, la plaie était entièrement cicatrisée et le malade en état de sortir.

Les anciens, dit-on, au lieu d'extraire le séquestre comme le font les modernes, avaient recours à l'amputation, qui n'est, à l'époque actuelle, mise à exécution que lorsqu'il n'est plus d'espoir de le détruire ou d'en faire l'extraction. Ce n'est donc que lorsque les parties molles ont subi une atteinte grave par la présence du séquestre que la suppuration épuise le sujet, et qu'on n'entrevoit pas de moyen d'y remédier, que l'amputation alors est nécessaire et indiquée.

Mais faut-il, comme le conseillent quelques auteurs, pratiquer l'amputation au-dessus de la nécrose? Comme on le dit, je crois que l'on ne peut et que l'on ne doit pas poser de principe à ce sujet, parce que d'abord il est difficile de dire à quel endroit commence et finit le séquestre, parce qu'ensuite il a quelquefois cheminé dans le canal médullaire, et parce qu'enfin je ne vois pas pour quelle raison l'amputation ne se ferait pas sur l'os nouveau qui enveloppe l'os primitif; mon opinion est donc contraire à celle de ceux qui professent la première. Tous les avantages sont cependant en faveur de ce dernier mode, puisqu'il est vrai qu'on s'éloigne du tronc, puisque la section de l'os primitif et de l'os nouveau n'empêche pas, après l'amputation, de retirer le premier: puisque les accidens inflammatoires sont moins

redoutables, quoiqu'on ait avancé qu'il faillait choisir l'endroit où les parties molles étaient à peu près saines. Ces parties molles, en effet, ne sont pas transformées, elles sont seulement unies par de la lymphe que la suppuration dégorge, au point de rétablir leur mollesse.

Cette thérapeutique courageuse n'est donc qu'exceptionnelle; aussi, avant d'avoir recours à une pareille mutilation, il faut y être forcé par l'épuisement général, ou bien parce que l'articulation voisine participe au désordre, soit qu'une inflammation diffuse ait peu à peu gagné le tissu cellulaire de l'articulation et la membrane qui tapisse les surfaces articulaires, ou que la jointure soit devenue malade par la présence du corps étranger, qui aurait amené un travail inflammatoire dans les têtes des os, qui auraient fini par être percées à la longue par le séquestre, comme nous en possédons un exemple que nous allons rapporter.

Guinle (Alexandre), âgé de vingt-cinq ans, graveur, né à Rouen, entra à l'hôpital Saint-Louis le 13 janvier 1835. Ce jeune homme a la figure pâle, les membres peu développés, la cavité thoracique bien conformée; il dit avoir toujours été bien portant jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Dans son enfance, il n'a jamais eu de ganglions engorgés au col. Il y a huit ans qu'il fut pris instantanément de douleurs très-vives dans le genou droit: la peau de cette région présenta une rougeur très-intense, et toute cette articulation acquit un volume considérable. Malgré ces accidens, le malade n'en continua pas moins de marcher ce jour-là et alla même à deux lieues de sa demeure. Nous l'avons interrogé pour essayer de reconnaître à quelle cause on pouvait attribuer le développement aussi rapide des phénomènes que nous venons de signaler, toutes nos questions n'ont fait qu'augmenter notre incertitude; il n'avait pas reçu de coup et n'était pas tombé. Il habitait un des quartiers les plus sains et les mieux aérés de Rouen; il couchait dans une chambre éclairée, n'avait jamais eu de rhumatisme ni contracté de maladie vénérienne.

Le lendemain au matin, la rougeur avait disparu, mais le gonflement était le même, et les douleurs tout aussi fortes que la veille, furent encore exaspérées par la marche. A dater de ce moment, il garda le repos pendant huit à dix mois, et lorsqu'il se levait pendant quelques momens ou se promenait dans sa chambre, il se couchait avec de plus grandes souffrances qu'avant.

Un médecin, qu'il consulta dès le début de son affection, lui conseilla l'immobilité et l'application de cataplasmes émolliens; on n'eut pas recours aux émissions sanguines, et, quinze jours après l'emploi de cette médication, il ne survint aucune amélioration; c'est ce qui engagea ce malade à appliquer des cataplasmes émolliens et résolutifs faits avec des feuilles de mauve, de plantain, et de la décoction de fleurs de sureau. Ces nouveaux topiques n'arrêtèrent pas la marche des symptômes inflammatoires, et il se développa, à la partie externe du genou, un abcès qui s'ouvrit spontanément, donna issue à de la sérosité rougeâtre et à du pus; il se ferma au bout de deux mois environ. Cet abcès cicatrisé, il s'en forma un autre à la partie interne du genou, et, comme le premier, il se ferma; ils ne donnèrent jamais issue à des portions osseuses. Plus tard, un grand nombre d'abcès disséminés apparurent au tiers moyen de la cuisse; ils suppuraient peu, laissaient échapper quelques esquilles et se cicatrisaient.

Un an après le début de tous ces accidens, le malade commença se servir du membre; mais il boitait et ne pouvait marcher sans l'aide d'un bâton. Quelques mois plus tard un nouvel abcès se déclara en dehors du genou, et dégénéra en fistule qui a persisté jusqu'au moment de l'amputation.

Un médecin jugea alors qu'il fallait appliquer un moxa à la partie interne de la rotule; M. Claubert, de Rouen, consulté, conseilla au malade de s'abstenir des alimens farineux, et le mit à l'usage des boissons amères. Guinle, ennuyé de voir son mal rester à peu près stationnaire, demanda avis à un grand nombre de praticiens, qui l'engagèrent, il y a vingt mois, à laisser son membre dans le repos et à tenir constamment la jambe étendue sur la cuisse, afin de favoriser la formation d'une ankylose. Le malade suivit ce conseil, et chaque jour, à son atelier, il posait le membre sur un tabouret, et le tenait dans une immobilité absolue. Il conserva cette position pendant six à huit mois; l'ankylose survint, et les douleurs diminuèrent beaucoup, la marche devint alors facile.

Pendant tout ce long espace de temps, durant lequel nous avons suivi le développement des différentes périodes de l'affection qui nous occupe, Guinle contracta un grand nombre de maladies vénériennes; il eut neuf blennorrhagies dont quelques unes furent accompagnées de chancres à la verge, et cependant jamais il n'eut de bubons ni d'ulcération dans la gorge. Il avait commencé à diverses reprises plusieurs traitemens mercuriels. Il y a deux ans, il entra à l'hôpital des vénériens de Rouen, et là il fit des frictions sur les cuisses, et prit de la liqueur de Vanswieten d'une manière assidue pendant cinquante jours; la blennorrhagie qu'il avait alors ne céda pas à cette médication, persista encore pendant longtemps, et il n'en fut débarrassé qu'après avoir pris une grande quantité de poivre cubèbe.

Trois mois avant d'entrer à l'hôpital Saint-Louis, Guinle entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, pour y être traité d'un érysipèle phlegmoneux, qui se manifesta d'abord au pourtour de l'articulation affectée, et qui plus tard envahit la jambe du même côté, sur laquelle se développèrent plusieurs abcès.

Cet homme, malade depuis huit ans, vit bien qu'il n'y avait d'autre remède que l'amputation, et que c'était le seul moyen de le débarrasser d'un mal aussi opiniâtre qui le minait.

L'examen anatomique du membre et l'inspection attentive du genou nous firent connaître des altérations curieuses qui méritent de fixer l'attention des médecins, en leur montrant la nécessité d'attaquer le séquestre quand il est devenu mobile, pour l'empêcher de cheminer et d'altérer les articulations voisines.

La peau était couverte de plusieurs cicatrices arrondies, disséminées sur le tiers inférieur de la cuisse et le genou droit : c'est par ces ouvertures, remplacées par des cicatrices, que sortaient autrefois des portions d'os nécrosées. La jambe ne pouvait être étendue sur la cuisse, et les mouvemens de latéralité et d'avant en arrière étaient tout à fait impossibles ; aussi l'ankylose était-elle complète.

J'ai rencontré trois ouvertures fistuleuses qui étaient l'origine d'autant de trajets, et qui tous venaient converger vers l'os mort, au point qu'un stylet introduit dans chacune d'elles donnait la sensation d'un corps dur et sec par la percussion : tous n'avaient pas la même longueur ; l'un se dirigeait de la partie postérieure du genou sur le condyle interne du tibia, et avait un pouce et demi environ de longueur, et l'autre, long de trois à quatre pouces, s'avançait dans le creux du jarret, vers le séquestre.

Tous les tissus, à la coupe, offrent presque la même coloration blanche et l'aspect du tissu fibreux ; ils résistent à la section et présentent une grande dureté. La coloration uniforme dont nous venons de parler est mêlée, par instans, à une teinte jaunâtre, moins foncée, qui est celle de la graisse. La veine, l'artère et les nerfs poplités sont dans leur état normal, c'est-à-dire que les uns sont perméables au sang, et que les autres ont perdu seulement un peu de leur volume et de leur brillant ; mais il était impossible de les isoler, de les séparer par la dissection des organes environnans ; les chairs étaient atrophiées.

Notre examen a porté ensuite sur les os, dont la situation, le volume, la consistance, la direction et les rapports articulaires avaient changé. Le fémur, dépouillé de son périoste, est extrêmement épais, a sept pouces environ au-dessus de son extrémité inférieure ou tibiale, et a plus de quatre pouces de circonférence ; tout son extérieur est rugueux, inégal, bosselé, et présente une foule d'enfoncemens, d'ouvertures vasculaires, qui ont un quart de ligne à une ligne de diamètre : des éminences osseuses de nouvelle formation. Il présente, à sa partie postérieure, et plus du côté interne que de l'externe, une perte de substance qui laisse voir une partie de l'os primitif frappé de mort, recouvert dans quelques points par des avances osseuses nouvelles ; de sorte que le séquestre était en contact avec les parties molles du jarret, et entretenait une suppuration abondante et continuelle.

Avant de procéder à l'examen de l'intérieur du fémur et du séquestre, examinons la manière dont les surfaces articulaires sont confondues, et les rapports qu'elles ont entre elles.

Les condyles du fémur, ainsi que la rotule, sont très-saillans en avant, pendant que le tibia est projeté en arrière, de manière que les surfaces articulaires pourraient simuler presque une luxation incomplète par la position du tibia sous le fémur. Les condyles de celui-ci n'appuient sur le tibia que par leur face postérieure, qui est confondue avec les surfaces articulaires du principal os de la jambe.

Pour bien examiner la structure intérieure du fémur, des surfaces articulaires du genou et le séquestre, un trait de scie a été promené de haut en bas au milieu du fémur, de ses surfaces articulaires et de celles du tibia ; cette manœuvre a été longue et difficile, à cause de la dureté de ces os. La coupe verticale n'occupait pas assez exactement le centre pour protéger le séquestre enveloppé par eux.

Les deux portions latérales de l'os nous prouvèrent que le canal médullaire ne s'était pas reformé dans la longueur du nouvel os, puisque cette section nous dévoila son absence. L'une et l'autre surface seiée nous présenta une couche assez mince du tissu compacte d'une ligne d'épaisseur ; du tissu spongieux, aréolaire, très-serré et rougeâtre, à peu près à sept pouces au-dessus de l'extrémité inférieure du fémur, et dans un pouce et demi suivant le diamètre antéro-postérieur. Au-dessous et dans tout le trajet du séquestre, on ne retrouvait qu'un tissu très-compacte, blanc et dur comme de l'ivoire.

N° 41. — 8 Oct.

Observation d'odontolithe développée dans l'écartement des deux racines internes de la première dent molaire supérieure du côté gauche chez une femme de trente-six ans.

Dans les premiers jours du mois de juillet dernier, une femme vint me consulter pour une fluxion à la joue gauche, produite par une affection de la mâchoire supérieure, dont l'origine, me dit-elle, remontait à une époque très-éloignée. Malgré les souffrances que lui occasionnait la récidive fréquente de cette fluxion, elle avait toujours reculé devant l'idée de faire visiter sa bouche par un médecin, dans la crainte qu'on ne lui fit une opération. Cependant, depuis quelques jours, les douleurs qu'elle ressentait habituellement étaient devenues si vives, le gonflement des parties molles avait été si considérable, que, surmontant sa répugnance, elle était venue réclamer mes conseils. Une hémorrhagie assez abondante, qui continuait encore, une odeur infecte qui s'échappait des parties malades, étaient venues compliquer son état habituel, et elle s'était enfin déterminée à laisser reconnaître la cause de ses souffrances.

En procédant à cet examen, je fus frappé d'une odeur gangréneuse qui s'exhalait de la cavité buccale, et j'en trouvai aussitôt la cause dans l'état de mortification où se trouvait une partie du tissu gengival de la partie gauche de la mâchoire supérieure ; l'hémorrhagie avait été la suite du déchirement des parties mortifiées. Ce qui me surprit davantage dans cette investigation, ce fut de trouver sur le bord alvéolaire gauche supérieur la cause de tout ce désordre, dans une masse solide, d'apparence osseuse : longue d'un pouce, large de huit à dix lignes, et occupant au milieu des tissus putréfiés tout le bord libre de l'alvéole. Cette masse, parfaitement circonscrite, était mobile, et communiquait à la dent

molaire, qui lui correspondait, les mouvemens qui lui étaient imprimés. La couronne de cette dent, quoique encroûtée d'une petite quantité de tartre dentaire, me parut saine; mais elle était déviée de sa direction verticale, et se portait obliquement vers la face latérale de la langue. Peu fixé d'abord sur la nature de cette production anormale, et dans le doute si elle appartenait aux racines de la dent, ou si elle n'était pas le résultat d'une maladie du rebord alvéolaire de la mâchoire, je déclarai à la malade qu'il était urgent de procéder à son extraction. Elle y consentit, et je la fis le lendemain matin, sans difficulté, à l'aide d'une pince un peu forte. Ce fut seulement alors que je pus reconnaître que cette production n'était autre qu'une de ces concrétions pierreuses désignées par Delabarre sous le nom d'*odontolithes*, ou calculs buccaux. Son grand développement, son adhérence par sa partie la plus rétrécie à l'écartement des deux racines externes de la dent, qui sont saines : sa forme particulière, qui lui donne quelque ressemblance avec un petit madrépore, me parurent de nature à être conservés (la pièce anatomique sera déposée dans le cabinet de l'École de Rochefort). Je priai la malade de me donner quelques renseignemens sur l'historique de sa maladie. Voici ce qu'elle m'a appris.

L'origine de cette concrétion remonte à plus de vingt ans. Dans son jeune âge, elle était sujette aux fluxions et aux douleurs dentaires. Étant enfant, elle s'était déjà aperçue du développement d'un corps solide sur le bord libre de la mâchoire; mais la crainte de voir employer des moyens violens pour la détruire, l'avait empêchée de montrer sa bouche à un dentiste. Il y a peu de temps, elle était parvenue à briser une petite portion de cette concrétion, à l'aide de la pointe d'un couteau, sans qu'elle en eût ressenti de soulagement. Enfin, une fluxion plus forte que celles qu'elle avait éprouvées, et la série d'accidens que j'ai indiqués plus haut, l'avaient amenée chez moi. Depuis longtemps cette femme a cessé de manger du côté gauche de la bouche, aussi toutes les dents de la mâchoire inférieure sont couvertes d'une couche épaisse de tartre, qui les réunit presque en une seule masse; la dernière molaire supérieure du même côté est aussi très-encroûtée de tartre, mais ces divers dépôts sont plus denses, moins poreux, que celui de la masse que j'ai extraite, à laquelle d'ailleurs je n'ai rien trouvé d'analogue dans les divers traités des maladies dentaires que j'ai pu consulter. Cependant plusieurs auteurs se sont occupés d'expliquer le mode de développement des concrétions qui se forment sur les dents; ainsi, depuis Magellan, qui, en les examinant au microscope, les a vues formées de cellules polyédriques, logeant des êtres animés, et les a assimilées à des polypiers, Leuwenhoeck, qui a compté un millier de ces animaux dans une quantité de matière égale en grosseur à la centième partie d'un grain de sable, on trouve l'opinion de Jourdain, qui signale des glandes particulières de la bouche comme chargées de la sécrétion du tartre; celle de Génot, qui le fait sécréter par les gencives elles-mêmes; celle de M. Serres, qui a vu, décrit et dessiné les glandes dentaires élaborant le tartre; celle du dentiste anglais Fox, qui attribue sa formation à la précipitation des sels de la salive au moyen du mucus de la bouche; les idées mixtes de M. Duval, qui en trouve tout à la fois l'origine dans une sécrétion pathologique des gencives, et dans une sorte de dépôt fourni par la salive et les autres fluides de la bouche; enfin, celle de M. Delabarre, qui rapproche leur formation de celle des autres calculs qui se forment dans les membranes muqueuses, et qui, d'après lui, sont dus à un état pathologique de ces membranes. Quelle que soit celle de ces opinions que l'on adopte sur la génération des concrétions dentaires, il est reconnu comme positif que presque toujours elles se forment sur la couronne des dents. D'abord molles, gluantes, limoneuses, elles se durcissent par couches superposées, et parviennent quelquefois à sonder les unes autres toutes les dents d'une mâchoire. Dans l'observation que je rapporte, tel n'a pas dû être son mode de développement; la direction oblique en dehors des deux racines de la dent molaire, sur lesquelles elle est adhérente, doit faire supposer que ces racines se faisaient jour à travers l'alvéole, et que c'est d'abord sur elles que le dépôt de tartre s'est établi. Dans sa texture, on ne distingue pas la disposition par couches, et sa densité est loin d'égaler celle qu'ont habituellement ces odontolithes. Quoi qu'il en soit, par son grand développement, elle a produit les accidens signalés comme accompagnant souvent ces sortes d'affections; ainsi fluxion, inflammation et même gangrène du tissu gengival. L'état de maigreur dans lequel se trouve le sujet qui en était porteur donne lieu de croire qu'elle a pu influer sur l'exercice de la fonction digestive. Les auteurs qui se sont occupés de pathologie dentaire affirment que ces amas énormes de tartre sont plus fréquens dans les pays marécageux et humides que dans les autres contrées; le fait que je rapporte viendrait à l'appui de leur assertion, car la femme qui en fournit l'occasion est de Rochefort, et n'a jamais quitté son pays. Enfin, si l'oubli des soins de propreté peut être regardé comme facilitant le développement de ces concrétions, mon observation vient encore confirmer ce fait; car la malade s'est même refusée à faire nettoyer sa bouche, et à prévenir, par des soins bien entendus, la récidive d'un mal auquel elle paraît éminemment prédisposée.

Rochefort, le 12 septembre 1836.

A. Lefevre,
médecin-professeur de la marine.

N° 42. — 15 Oct.

Recherches sur la nécrose et la trépanation des os, par M. Jobert de Lamballe, D.-M., chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc., etc.

Troisième
(~~Cinquième~~ et dernier article.)

La rotule est soudée avec la partie antérieure des condyles du fémur, et un espace existe entre le tibia et

les deux condyles du premier os, espace qui était occupé par les ligamens croisés, détruits, ainsi que la synoviale et les fibro-cartilages, pendant la longue suppuration. On aperçoit sur la surface sciée, dans une étendue de cinq pouces, un séquestre dont le diamètre est d'un pouce environ, poli à sa surface, gris-verdâtre, s'étendant du quart inférieur du fémur jusque dans l'épaisseur du condyle interne du tibia, dans lequel il a creusé une loge pour son extrémité inférieure, qui offre presque un pouce et demi de diamètre. Le cylindre que représente cet os primitif serait complet si des esquilles ne s'en étaient séparées. L'extrémité supérieure de ce séquestre est découpée et enveloppée par une substance extrêmement compacte de l'os nouveau; il en est de même de l'extrémité inférieure, qui, de toutes parts, est enfermée par l'extrémité supérieure du tibia endurci. La cavité du séquestre renferme un liquide sanieux, mêlé de pus et de sang.

Là se termine cette observation, dont on peut conclure: 1° que dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, l'os nouveau avait plus de volume que l'os primitif; 2° que la totalité du premier a été frappée de mort, ce qui démontre l'erreur de ceux qui croient que jamais un os en entier n'est nécrosé; sa forme de cylindre régulier, sa surface extérieure lisse, correspondante à l'os nouveau, son canal médullaire, démontrent évidemment que maintenant on ne peut plus admettre que l'os meurt toujours dans une partie de son épaisseur seulement;

3° Que le canal médullaire s'oblitère, parce que la membrane qui le tapisse, et qui porte son nom, a été désorganisée;

4° Que les parois du canal médullaire nouveau se rapprochent, se confondent, et que la cause de leur fusion existe dans le bourgeonnement intérieur de l'os secondaire;

5° Que le séquestre peut cheminer dans le canal médullaire nouveau, traverser des surfaces articulaires et l'articulation, de manière à produire une inflammation adhésive et une ankylose complète;

6° Que le séquestre sert de modèle à l'os de nouvelle formation;

7° Que le périoste seul a donné naissance à cette nouvelle production osseuse.

Comme chez ce malade la réunion du moignon n'avait pas été obtenue par première intention, et comme la violence de l'inflammation s'y était opposée, j'ai pu examiner ce qui se passait sur l'os scié. Un gros bourgeon, qui naissait du canal médullaire, sorte d'hypertrophie de la moelle, se couvrit d'une membrane blanche, sur laquelle parurent des bourgeons celluleux qui suppurèrent, prirent de la force et de la solidité à mesure que ceux fournis par le périoste et la lymphe exhalée par cette dernière enveloppe se continuèrent avec eux, et devinrent dès lors le germe d'une cicatrice osseuse, qui devenait de plus en plus compacte à mesure que la santé de cet homme s'améliorait.

Le trépan, dont nous venons de faire l'application à un cas particulier, est une véritable résection osseuse pratiquée dans le but de retirer une portion d'os nécrosé, que l'illustre Quesnay, membre de l'immortelle Académie de chirurgie, a étendu à un plus grand nombre de cas, en vantant les triomphes de cette grave opération, qui est loin d'être dépourvue des accidens dont on voulait alors la dépouiller, et qui est loin d'être aussi peu efficace et aussi inutile que l'ont prétendu des chirurgiens de l'école de Desault, et ce grand chirurgien lui-même.

L'abus de l'emploi du trépan est aussi blâmable que sa proscription absolue; car on ne peut nier les heureux effets inespérés de cette opération, qui a été signalée d'un autre côté par tant de revers.

Peut-on expliquer les insuccès constans des uns et les éloges que lui prodiguent les autres? Il me semble que c'est parce qu'on a trop tardé de faire cette opération qu'on l'a vue échouer en des mains habiles, ou parce qu'elle a été faite dans des circonstances où nulle ressource humaine n'aurait pu triompher du désordre organique.

Ceux qui l'ont tant vantée l'avaient mise à exécution dans des cas où elle était sans doute inutile, et dans lesquels les moyens simples de la thérapeutique auraient prévenu les accidens que l'on redoutait.

Nous ne croyons donc ni aux succès nombreux ni aux insuccès constans, et nous pensons que le trépan, recevant ses applications, sera un moyen sûr d'arracher des malades à une mort tardive ou prompte. L'époque et la nature du mal devront servir de guide au praticien, et si je me permets quelques réflexions sur cette matière intéressante, on me pardonnera en faveur du sujet, traité avec tant de talent par des hommes d'une vaste expérience, tels que Pott, Quesnay, Boyer, Dupuytren, Richerand, Larrey, etc. On l'a mis en pratique, comme nous l'avons déjà dit, pour évacuer un liquide, pour retirer une portion d'os morte, détruire des trajets organisés, changer la vitalité d'une partie, retrancher une portion d'os exubérante, pour détruire une névrose ou des névralgies.

C'est à l'aide du trépan qu'on évacue un liquide purulent accumulé dans le médiastin antérieur, ou qu'on agrandit une ouverture du sternum, pour lui donner une libre et facile issue, afin d'empêcher son séjour ou sa fusion au travers des organes; c'est par le trépan qu'on a conseillé d'évacuer un liquide situé derrière l'omoplate ou l'os des îles; c'est avec cet instrument qu'on a donné issue au pus et au sang contenus dans l'intérieur du crâne. C'est à propos de ces épanchemens que les chirurgiens ont tant débattu la question de savoir, s'il y avait nécessité à évacuer un liquide, ou si les dangers de l'opération n'étaient pas plus graves que la présence du pus ou du sang. Desault, par son expérience, a voulu la décider et mettre fin à ces débats en proscrivant le trépan dans les plaies de la tête, et en lui substituant une méthode toute dérivative, admise, à quelques modifications près, par la plupart de ses élèves, embrassée d'une manière exclusive par M. Gama, chirurgien militaire distingué, ainsi que par un chirurgien des hôpitaux de Paris, M. Malgaigne.

Pott a conseillé le trépan avec enthousiasme, et les faits qu'il rapporte dans son ouvrage aux pages 146, 147 et 168, sont de nature à piquer vivement la curiosité des hommes de l'art, et à les faire réfléchir sur son rejet. Il est à remarquer qu'il a étendu l'emploi de ce moyen aux fractures simples du crâne, sans enfoncement, et qu'il a reproché les insuccès souvent à la timidité du chirurgien et à ce qu'il ne l'a pas assez multiplié. C'est à l'instant même que Pott l'a mis en usage. Notre opinion est que ce grand chirurgien avait examiné cette opération sous son véritable point de vue, et, comme lui, nous pensons qu'il vaut mieux appliquer une couronne de trépan inutile que de ne pas le faire quand la nécessité paraît le commander. Je ne pense pas que l'on doive attendre les accidens de compression pour y avoir recours, et que l'instant où la plaie vient d'être faite est celui où le trépan convient le mieux.

Quelle que soit la fracture des os du crâne, quel que soit son siége, une plus ou moins grande quantité de sang est versée à l'extérieur et à la surface de la dure-mère, qui, le plus ordinairement, est décollée dans une certaine étendue. On sait que bientôt le sang se coagule, et que de nouveaux liquides étant versés, une compression plus ou moins évidente s'établit, s'il n'est porté à l'extérieur, par l'ouverture faite aux os du crâne. C'est pour prévenir de pareils accidens que cette opération me semble devoir être mise en usage.

Je sais qu'on me répondra que le sang peut être résorbé là comme ailleurs, et qu'il n'y a pas de nécessité à mettre largement la dure-mère à découvert; mais nous répondrons que la résorption est infiniment moins active dans cet endroit, à cause des tissus fibreux et osseux, et que le sang qui est déposé entre eux s'altérera d'autant plus facilement que les os du crâne seront brisés et mis à nu.

C'est avec raison que Pott et plusieurs chirurgiens ont insisté sur l'altération du sang, et c'est en effet à l'époque où il s'altère qu'on voit le trouble général survenir et l'inflammation des membranes d'enveloppe du cerveau. L'agrandissement de la fracture par le trépan nous semble donc indiqué à l'instant même pour évacuer le sang encore liquide et éviter l'altération, qui est ici plus fréquente qu'ailleurs, et aussi plus inquiétante. C'est dans ces fractures, avec peu d'écartement des fragmens, que l'on voit les redoutables effets de l'épanchement ou du ramollissement du sang; et, au contraire, tous les jours nous voyons des fractures avec écartement des fragmens, avec enlèvement d'un ou de plusieurs d'entre eux, n'être suivies que de peu d'accidens traumatiques, ce que l'on a expliqué ingénieusement par la concentration du coup sur un seul point du crâne, et dont nous nous rendons compte par la sortie facile du sang à l'extérieur pendant les mouvemens du cerveau. Les faits de ces fractures, qui paraissent si graves, sont rapportés en nombre dans les auteurs, sans parler de ceux que je possède, et qui me raffermissent dans mon opinion. Je prévois que la question que je soulève excitera, dans l'état actuel de la science, des murmures; mais, fort des recherches de Pott, de celles de Boyer et de celles qui me sont propres, je persiste à penser que l'opération de trépanation fera vivre un plus grand nombre d'hommes, si l'on se hâte de la pratiquer lorsque l'ouverture est étroite.

N'est-ce pas parce que M. Paul Dubois a pratiqué à l'instant même le trépan contre une hémorrhagie que sa tentative a été suivie de succès?

Mais si l'épanchement n'a pas été empêché, et que des symptômes dénotent la présence du pus ou du sang, faut-il trépaner? Oui, lorsque le foyer est circonscrit, lorsque la paralysie est bornée à un point du corps; mais il faut peu compter alors, dans les cas les plus favorables, sur la réussite; car c'est pour avoir attendu le travail inflammatoire et celui du ramollissement du sang que cette opération a été suivie tant de fois d'insuccès, au point que des chirurgiens l'ont entièrement abandonnée.

Lorsque l'épanchement auquel le trépan donne issue est liquide, circonscrit et borné à un point, une couronne de trépan suffit; mais lorsqu'au contraire la matière qui le compose est solide, étendue à une plus grande surface, on conseille, pour éviter la putridité, d'appliquer plusieurs couronnes pour retirer avec plus de facilité et en totalité, si cela est possible, le liquide. Quesnay rapporte un fait de Magatus, qui fut obligé d'appliquer plusieurs couronnes de trépan, et qui ne put cependant par là retirer la totalité du sang, fortement adhérent à la dure-mère, et qui se putréfia.

Quesnay a, dans son enthousiasme pour le trépan, commis une grande erreur en comparant les ouvertures faites au crâne à celles que nécessitent des foyers accumulés au sein des parties molles; car l'analogie n'est pas complète, ainsi qu'il veut le faire croire, puisque celles-ci reviennent sur elles-mêmes et tendent à effacer le foyer, et que l'action de l'air n'a certainement pas la même influence sur une poche développée dans l'épaisseur de la cuisse que sur les cavités splanchniques, et entre autres sur la cavité crânienne. Sans admettre cette dernière opinion, je n'en suis pas moins convaincu de la nécessité d'appliquer plusieurs couronnes de trépan, surtout s'il s'agit d'évacuer un liquide contenu entre la dure-mère et les os du crâne, mais je ne pourrai jamais partager la manière de voir de ceux qui veulent que par douze ou un plus grand nombre de couronnes de trépan on mette à découvert les membranes pie-mère et arachnoïde, car l'inflammation qui doit infailliblement se développer dans ces circonstances rendra cette opération inutile et mortelle.

Lorsqu'on est convaincu qu'un épanchement se forme, il faut trépaner pour lui donner issue; lorsqu'il est circonscrit, on doit y avoir recours surtout, et la crainte de l'extravasation du sang dans l'épaisseur de la pie-mère ne doit pas être une contre-indication et rendre le chirurgien timide, car lorsqu'on espère produire quelque bien, comme le dit Pott, on doit repousser cette faiblesse venue de l'école italienne : « *Ne sic occisi, qui servari non potuerint, viderentur.* »

Les os des membres, courts, longs et larges, ont été trépanés, et tantôt la trépanation a été pratiquée pour avancer la chute d'un os mort, pour changer la vitalité d'un os frappé de carie, tantôt pour détruire les trajets organisés qui se sont quelquefois creusés dans l'épaisseur des os.

Un os mort trépané ne tombe pas plus vite, on pense même le contraire ; aussi faut-il attendre patiemment que la nature par ses ressources sépare les parties vivantes des parties mortes.

Si le trépan est inutile dans la nécrose, au moins il ne paraît pas être la cause d'accidens qui ne sont que trop fréquens lorsque le chirurgien, dans le but de modifier une surface osseuse, corrode, détruit tout ce qu'il croit être altéré, ulcéré ; car le développement d'une inflammation salutaire que l'on désire obtenir par l'action de cet instrument, la formation de bourgeons et de la cicatrice, sont des résultats heureux qui sont souvent interrompus par la violence des accidens. D'après cela, je ne peux comprendre qu'on ait espéré détruire le mal en attaquant les os cariés avec le trépan, et il n'est guère possible aussi de se figurer qu'une partie malade change de vitalité par son usage.

N'avons-nous pas dit, en effet, que la carie n'est autre chose qu'une inflammation de la substance osseuse, des os courts et des extrémités des os longs, et qu'elle débute d'une manière à peu près constante par des douleurs, du gonflement, de la chaleur, phénomènes qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'un travail inflammatoire. Que faut-il donc attendre, dans des circonstances pareilles, de cet agent thérapeutique, si ce n'est la mortification de l'os, la nécrose générale de partielle qu'elle était, et l'apparition de phénomènes inflammatoires graves qui quelquefois menacent les jours des malades, et dont la violence de la fièvre traumatique suffit quelquefois pour les faire succomber.

Les caries du calcanéum, du cuboïde, du scaphoïde, ne doivent donc pas être traitées de cette manière, puisque, loin d'améliorer l'état du malade, on ne fait que l'aggraver en augmentant l'inflammation et le désordre local. J'ai vu trépaner le calcanéum d'une fille forte et vigoureuse, qui succomba après de vives douleurs et une fièvre traumatique intense. Dupuytren avait voulu détruire les points cariés de cet os spongieux, et n'en obtint que des effets malheureux. La désorganisation que détermina le trépan dans cet os était loin d'avancer la guérison, et, sous ce rapport, l'opération étant loin d'être rationnelle, contrairement à l'intelligence habituelle de ce grand chirurgien, détermina les déchiremens des vaisseaux, des parties molles, et partant une inflammation violente de tous ces tissus. Le trépan ne convient donc nullement dans la carie au premier degré, et pas davantage dans celle au deuxième degré, cas dans lequel il existe fistule, ulcération des parties molles et nécrose partielle de l'os.

Cette opération ne remédiant pas à la cause productrice de la maladie, ne peut qu'être dangereuse.

L'opération du trépan étant une opération inutile ou dangereuse dans les deux précédentes altérations des os, ne convient donc que comme moyen de préparer une voie à l'issue du corps étranger, et nous ne l'admettons que dans le cas de nécrose invaginée et de trajets fistuleux.

Que le trépan, opération trop négligée de nos jours, soit pratiquée sur la voûte du crâne, les os longs ou les os larges, comme nous l'avons dit, une cicatrice osseuse remplit l'espace qui est le produit de la perte de substance, si toutefois celle-ci est peu considérable ; car, dans le cas contraire, la nouvelle production osseuse ne pouvant occuper la totalité de l'ouverture, il demeure au centre une substance molle, flexible, qui ne devient jamais osseuse dans ce point.

Dans le mémoire de Quesnay sur le trépan, des faits sont rapportés par lui pour prouver que l'ouverture faite se remplit tantôt par une substance complètement osseuse, et d'autres fois par une reproduction osseuse en partie, avec une substance tendre au centre et un petit trou au milieu, ainsi que l'ont fait voir à l'Académie Faget et Morand sur les crânes d'individus guéris depuis longtemps. Ces faits viennent confirmer les théories que nous avons développées plus haut.

Je crois pouvoir conclure de ce qui précède ;

1° Que les causes de la nécrose sont mécaniques ou constitutionnelles, soit syphilitiques, dartreuses ou scrofuleuses ;

2° Que toutes agissent de la même manière sur l'os, c'est-à-dire en interrompant la circulation et en éteignant la vie ;

3° Que la nécrose est toujours une gangrène sèche, ce qui est dû à la structure intime de l'os ; cependant il y a une exception peut-être, c'est la carie dans laquelle les portions nécrosées sont mêlées à une grande quantité de liquide ;

4° Qu'un os peut être frappé de mort en totalité ou en partie, et non exclusivement de l'une ou de l'autre manière ;

5° Que l'os nouveau renferme toujours l'os ancien nécrosé ;

6° Que jamais l'os ne bourgeonne sans exfoliation, quel que soit l'âge de l'individu ; et nous ne nous hasardons à émettre cette opinion qu'après avoir observé à toutes les périodes de la vie de nombreuses dénudations des os ;

7° Que les os sont sujets aux fistules, qui sont entretenues par un séquestre ou par une membrane organisée ;

8° Qu'elles ne peuvent guérir que par l'enlèvement du trajet organisé ;

9° Qu'à l'aide d'une perte de substance faite par le trépan, on remplit ce but, et que tous les autres moyens mis en usage sont sans efficacité ;

10° Que la trépanation doit être mise en usage lorsque les ouvertures fistuleuses, comme cela a lieu presque toujours, sont trop étroites pour retirer le séquestre ;

11° Que la trépanation ne doit être pratiquée que lorsque l'os primitif est devenu mobile et que l'os nouveau est entièrement solide ;

12° Que si la trépanation était faite trop tôt, l'os nou-

veau plierait sous l'effort des muscles ou du poids du corps, et même le malade serait forcé de garder le lit pendant tout le temps de la cure après l'enlèvement de l'os ancien, qui sert de colonne et de moule à l'os secondaire;

13° Que la trépanation doit être faite en général là où se trouvent les fistules, et ce n'est que pour éviter, dans des cas rares, les gros vaisseaux et les gros nerfs qu'on se dévie de ce principe;

14° Que la densité des tissus, leur agglutination par de la lymphe, au lieu d'être une contre-indication à cette opération, est, suivant nous, une époque favorable pour éviter les grands écoulemens de sang et les phlegmons diffus;

15° Que le procédé qui consiste à extirper les chairs expose à la déchirure de la cicatrice et à des accidens nombreux que l'on peut éviter par un procédé plus simple.

16° Qu'une incision longitudinale qui comprend les fistules est terminée par des incisions obliques secondaires en haut et en bas, et que la dissection en deux lambeaux rend nuls les inconvéniens du premier;

17° Qu'on doit mesurer le nombre des couronnes de trépan sur le nombre des fistules et l'espace qui les sépare;

18° Que c'est à tort, par conséquent, qu'on indique une ou deux couronnes de trépan comme devant suffire;

19° Que les couronnes de trépan doivent être tellement disposées, qu'elles s'imbriquent les unes sur les autres, de manière à éviter les cloisons osseuses qui exigeraient une nouvelle manœuvre inutile;

20° Que pour extraire le séquestre, il faut l'ébranler doucement et le saisir par une de ses extrémités;

21° Que ne pouvant précisément compter sur le point le plus déclive du siége du séquestre, puisque bien souvent il est situé plus bas qu'on ne le pense, il ne faut compter pour l'enlever que sur les ouvertures fistuleuses;

22° Que les pansemens les plus simples et les plus convenables sont ceux qui se font avec de la charpie trempée dans l'eau froide, et un linge troué enduit de cérat;

23° Que le travail de réparation après l'application du trépan consiste dans l'exfoliation des parties osseuses sur lesquelles la scie a porté, dans le développement des bourgeons, qui d'abord sont vasculaires, qui ensuite deviennent osseux;

24° Qu'il y a régénération après cette opération, puisque la perte de substance est quelquefois si bien réparée, qu'il n'existe pas d'excavation. C'est ce que l'on rencontre chez les jeunes sujets, et chez ceux dont le canal médullaire a été oblitéré, parce qu'alors de toutes part naissent des bougeons ossifiants; aussi la cicatrice est-elle partout solide:

25° Que le même résultat ne s'observe pas lorsque les couronnes de trépan appliquées sont trop larges, cas dans lequel les bourgeons font de vains efforts pour se rencontrer; elle n'est osseuse que dans une partie de son étendue et non complétement, et enfin que lorsqu'il existe un canal médullaire, des bourgeons vasculaires surgissant de ce point, non-seulement la régénération n'est pas aussi parfaite, mais le centre demeure d'une manière constante dépressible, ne participant pas à l'ossification;

26° Que si la régénération est quelquefois incomplète, lorsqu'elle est due à l'os lui-même, il en arrive autrement lorsque le nouvel os est formé par le périoste; car alors la reproduction est entièrement osseuse, sans point cartilagineux et sans perte de substance;

27° Que lorsque l'os primitif a été nécrosé en entier, et le périoste conservé, c'est ce dernier qui seul fait tous les frais de la reproduction et qui forme une enveloppe au premier;

28° Que lorsque l'os primitif n'a été frappé de mort que dans une partie de son épaisseur et le périoste conservé, la partie intacte du premier forme des bourgeons, et de son côté le périoste exhale une lymphe ossifiable, et de la sorte la réparation vient de deux sources;

29° Que lorsque l'os est dénudé et le périoste détruit, la reproduction se fait seulement aux dépens des parties vivantes de l'os;

30° Que lorsque le périoste a été complétement détruit, l'os est frappé de mort dans toute son épaisseur, et il n'est pas reprodnit par la membrane médullaire, comme on l'a prétendu, puisque jamais après les expériences sur les animaux, et dans les observations sur l'homme, on n'a rencontré l'os nouveau contenu dans le canal médullaire de l'os ancien;

31° Qu'il résulte des observations de M. Stanley et des miennes propres, que la membrane médullaire sert à sécréter la moelle, à former des bourgeons par l'inflammation, et non un nouvel os;

32° Que la nécrose et la carie me paraissent être deux maladies de même nature, à la différence près des périodes; c'est-à-dire, que dans la première période de la carie, on rencontre évidemment tous les symptômes de l'inflammation, et que dans la deuxième période de cette maladie il y a nécrose mêlée à divers liquides;

33° Que le trépan ne convient pas comme moyen de favoriser la chute des escarres dans la carie et dans la nécrose, puisque son action n'augmente pas la vitalité entre les parties vivantes et mortes;

34° Que dans la carie le trépan est inutile ou dangereux, puisqu'il ne fait qu'ajouter une inflammation à une déjà existante, et donner de l'extension à la mortification;

35° Que dans la première période de la carie, le traitement antiphlogistique doit être local, et qu'après la diminution de l'inflammation, les frictions iodurées locales pour favoriser la résorption des liquides épanchés sont à mettre en usage;

36° Que dans la carie avec plaie aux parties molles, il faut attendre la séparation des portions moléculaires mortes des parties vivantes, l'épuisement de la suppuration, le développement des bourgeons vasculaires, par les bains locaux et les pansemens;

37° Que l'amputation ne doit être faite dans la nécrose que lorsqu'il n'existe plus de ressource, que lorsque la suppuration est abondante, et que la trépanation est impraticable ;

38° Que l'amputation peut être faite sur le point nécrosé, et que cela n'éloigne pas, par conséquent, du précepte qui veut en général qu'on ampute le plus loin possible du tronc la portion nécrosée, s'il en demeurait une étant placée au centre de l'os et pouvant être facilement retirée, comme je l'ai vu une fois ;

39° Que la trépanation appliquée aux épanchemens du crâne doit être pratiquée pour les prévenir si l'ouverture faite aux os de cette cavité est trop étroite, et si des signes quelconques indiquent que le sang s'épanche entre la dure-mère et les os du crâne, et ne pas attendre par conséquent que le sang se soit coagulé et que la dure-mère soit recollée dans une plus grande étendue ;

40° Que c'est pour ne pas avoir pratiqué le trépan de bonne heure qu'est due la si fréquente non-réussite de cette opération, comme l'ont indiqué de savans chirurgiens ; c'est aussi l'opinion de M. le baron Larrey.

N° 43. — 22 Oct.

Observation d'encéphalopathie saturnine, précédée de quelques considérations sur cette maladie ; par le docteur L. Tanquerel des Planches.

Les auteurs qui ont écrit sur la colique de plomb ont parlé d'une manière vague du délire, du coma, des convulsions et de l'épilepsie qui peuvent survenir avec cette entéralgie. Nulle part on ne trouve de description un peu étendue de ces accidens ; pour décrire leur ensemble, on se sert simplement des mots *délire, coma, convulsion, épilepsie,* sans autre commentaire. On donne souvent à entendre que toutes ces altérations cérébrales ne sont que des complications, et non des phénomènes inhérens à la maladie de plomb.

Depuis plusieurs années nous avons observé, du côté de l'encéphale, un assez grand nombre de symptômes saturnins qui, par leur réunion et leur enchaînement, constituent une des formes de l'empoisonnement par le plomb, aussi bien que la colique et la paralysie en expriment deux autres différentes.

Nous pouvons donc affirmer aujourd'hui que, lorsque les molécules saturnines viennent à porter leur influence directe sur l'encéphale, il en résulte un groupe de phénomènes morbides toujours à peu près identiques, qui constituent à eux seuls une maladie qu'il faut classer dans le cadre nosologique et que nous nommons *encéphalopathie saturnine* (1).

Mais, nous dira-t-on, pourquoi vouloir imposer un nom à ces accidens cérébraux produits par le plomb ? La réponse est bien simple : de même que pour indiquer les accidens saturnins qui se passent du côté du ventre ou de la moelle épinière, vous vous servez des expressions de *colique, paralysie,* etc., de même aussi il faut, pour s'entendre, donner un nom à cette forme toute particulière de l'empoisonnement par le plomb. Ceci s'applique, du reste, à toutes les maladies ; on les désigne en général par un nom quelconque, et non par une périphrase indiquant plusieurs symptômes. Le mot *encéphalopathie* est un peu long, nous en convenons, mais il a l'avantage d'être euphonique et de fixer dans l'esprit l'idée de la maladie sans opinions préconçues ; par conséquent, il n'aura point à redouter les révolutions médicales opérées par les systèmes. Ensuite, l'adjectif *saturnine* indique la cause de la maladie.

Pour donner un exemple de l'encéphalopathie saturnine, nous allons communiquer au lecteur une des observations qui entreront dans un travail assez étendu que nous préparons sur cette matière.

Béchet, âgé de vingt-quatre ans, fortement constitué et d'une vie très-régulière, travaillait depuis six ans chez un broyeur de couleurs. Habituellement bien portant jusqu'en 1835, il fut alors, dans l'espace de six mois, atteint à deux reprises différentes par la colique de plomb. Pendant ces deux attaques d'entéralgie assez modérées, dont nous fûmes témoin, il ne se développa aucun accident nerveux insolite. Enfin, le 13 juin 1836, ce jeune homme, repris pour la troisième fois de colique de plomb, entra à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 2, service de M. Rayer.

Depuis quelques jours, Béchet se plaignait de petites coliques, d'anorexie et de douleurs dans les membres inférieurs ; de la constipation était arrivée en même temps.

État du malade à son entrée à l'hôpital.

Ventre assez souple, plutôt saillant que rétracté ; douleurs vives, principalement vers l'ombilic, remittentes et légèrement diminuées par la pression ; quelques vomissemens ; haleine fétide ; gencives bleuâtres ; langue légèrement blanche et humide. Teinte jaune plombée de la face. Intelligence intacte. Pouls assez dur, vibrant, cinquante-cinq pulsations ; peau fraîche. Émission facile des urines. (Deux gouttes d'huile de croton-tiglium, lavement purgatif des peintres.)

Le 14 juin. Quatre garderobes et un vomissement ont eu lieu hier ; aussi le malade se dit soulagé. (Eau de Sedlitz, une bouteille. — Deux selles dans la journée.) Vers dix heures du soir, il se lève tout-à-coup dans son lit, exécute quelques mouvemens en sens divers, prononce des mots sans suite, et se couche ; il répète assez souvent ce manége.

Le 15, au moment de la visite, nous trouvons Béchet couché en partie sur le ventre, en partie sur le côté gauche ; il a les mains appliquées sur l'ombilic ; les membres inférieurs, ainsi que le tronc, sont un peu ramassés. On le croit dormant ; les yeux sont fermés ; lorsqu'on les ouvre, on trouve les pupilles dilatées et nullement contractiles à l'approche d'une bougie ; il ne ronfle ni ne parle. Si on lui adresse la parole comme à

(1) Ἐν κεφαλῇ πάθος.

un autre malade, il ne répond pas; mais vient-on à l'agiter et à lui parler à haute voix, en un mot, excite-t-on son attention avec beaucoup d'activité, alors il entr'ouvre d'abord, puis ouvre complétement les yeux; si on lui fait en ce moment une question, il n'y répond pas, mais bredouille, avec un accent de dépit marqué, quelques mots, tels que *Pater noster*, etc., puis retombe dans son assoupissement, et quelquefois se tourne d'un autre côté dans son lit, mécontent de ce qu'on l'a réveillé. Lorsqu'il ouvre les yeux, ces organes, qui ne se dirigent nullement vers l'interlocuteur, sont hagards.

Quand, à force d'exitations, on parvient ainsi à tirer un peu le malade de son assoupissement, pareille scène se renouvelle toujours, et toujours il vous récite les mêmes mots. Et, chose bien singulière, lorsqu'on l'a fait sortir une première fois de sa somnolence, il suffit de le toucher, de tousser même, pour lui faire bredouiller son espèce de refrain *Pater noster*, etc., quoiqu'il soit retourné en apparence à son assoupissement, et qu'il n'ouvre pas les yeux en ce moment.

Une heure après la visite, lorsqu'on veut l'obliger à répondre à une question, après avoir entr'ouvert les yeux, il nous dit: *Attendez*, puis retombe dans sa somnolence.

Il peut se remuer facilement, mais avec assez de lenteur. Quelquefois il se lève sur son lit, puis il se couche sur le ventre, ou se place dans des positions bizarres, telles que : se mettre la tête en bas, prendre un point d'appui avec les mains sur son lit et présenter les fesses en l'air. Mais pendant ces divers mouvemens, exécutés avec beaucoup de calme, il ne parle pas, il entr'ouvre seulement les yeux. Dans un moment, il s'agenouille et se met à pisser sur son oreiller.

Tous les organes des sens sont émoussés (1); cependant ils transmettent les impressions, ce dont nous nous assurons à plusieurs reprises en faisant naître ces sensations; mais, pour faire cette expérience, il faut agir avec un peu d'énergie.

Pouls toujours lent, régulier, vibrant, cinquante-cinq pulsations; chaleur de la peau naturelle; battemens du cœur normaux; face un peu vermeille; les sillons naso-labiaux et la conjonctive offrent une légère teinte jaune. Respiration bonne. Quelques petites croûtes jaunes sur les lèvres; langue comme la veille, absence de vomissemens. Le ventre n'est ni rétracté ni bombé; le malade y porte assez souvent les mains. (Deux gouttes d'huile de croton, lavement purgatif des peintres. — Sept à huit garderobes dans la journée.)

Le 16, à la visite du matin, on trouve les yeux du malade ouverts et hagards. On ne peut obtenir de réponse, l'entendement étant entièrement affaissé. Deux à trois minutes après notre arrivée, le globe de l'œil se porte en haut; quelques mouvemens convulsifs parcourent les membres supérieurs, ils sont bientôt suivis de fortes secousses spasmodiques et de torsion. La main se ferme et le pouce se place en dedans. Les pupilles dilatées restent immobiles. Enfin l'écume survient, accompagnée de mouvemens respiratoires saccadés et bruyans. La figure s'injecte un peu sans présenter cette turgescence si commune chez les malades atteints d'épilepsie. Le pouls n'éprouve aucune modification pendant l'attaque. Le tout dure à peine trois minutes.

Aussitôt l'attaque terminée, résolution complète des membres, calme parfait; la bouche reste ouverte et les yeux à moitié fermés. Les battemens du cœur s'accélèrent d'une manière irrégulière; le pouls perd sa dureté et devient si fréquent, qu'on compte cent huit pulsations; et une transpiration abondante se déclare.

Trois accès d'épilepsie arrivent dans l'espace d'une heure; dix à douze minutes après le dernier, la respiration devient lente, haute et difficile; toutes les puissances de cette fonction sont mises en jeu avec énergie, et le malade rejette un peu de salive écumeuse par une espèce de sputation; enfin les efforts respiratoires sont moins prononcés, et le calme se rétablit. Le malade paraît toujours somnolent entre les attaques d'épilepsie; il n'y a aucun moyen d'éveiller son intelligence; la seule chose qu'on puisse obtenir, à force d'excitation, c'est de lui faire entr'ouvrir les yeux.

On essaie d'introduire dans l'estomac deux gouttes d'huile de croton et d'administrer un lavement purgatif des peintres. Tout est inutile, rien ne peut empêcher l'épilepsie de se répéter fréquemment, à tel point qu'on ne distingue plus d'intervalle entre les accès : continuellement les membres, la face et le tronc sont agités de mouvemens convulsifs : le malade rejette sans cesse de l'écume par la bouche : ce sont plutôt des convulsions épileptiformes continues que des attaques distinctes. Enfin, sur les deux heures de l'après midi, le malade succombe au milieu de cet état comme asphyxié.

Autopsie faite le 17 juin, en présence de MM. Rayer, Littré, Sandras, Roger, Jacquart, etc. Roideur cadavérique assez considérable, embonpoint marqué, appareil musculaire fortement prononcé.

Abdomen. Paquet intestinal lubrifié par de la sérosité, comme dans l'état normal. A la jonction de l'S iliaque avec le cordon descendant gauche, ainsi qu'à la réunion de cette même S avec le rectum, on observe un rétrécissement de l'intestin très-sensible. Les parties intermédiaires et supérieures à ces espèces d'étranglemens sont dilatées par des gaz; du reste, on ne peut apercevoir aucune altération dans les tuniques de l'intestin rétréci. Une très-belle arborisation sanguine se voit sur toute l'étendue du tube digestif; elle est cependant plus marquée à la fin de l'iléum. Les épiploons offrent une teinte rosée; on sent quelques glandes mésentériques hypertrophiées.

Le tube digestif ouvert nous laisse voir, à notre grand étonnement, un développement prodigieux de glandes de Brunner et de Peyer. Dans toute la longueur de l'intestin grêle, nous apercevons un très-grand nombre de plaques saillantes de follicules agminés; les glandules de Brunner sont fort volumineuses. Dans le gros intestin, cette disposition anatomique n'apparaît que çà et

(1) Nous avons vu plus haut que la vue était entièrement perdue.

là. On n'observe point de dépression noirâtre au centre des follicules ; nous ne pouvons rencontrer une seule ulcération. La muqueuse digestive ne présente ni injection ni ramollissement, etc., en un mot, aucune autre altération morbide ; on ne rencontre pas non plus au-dessous d'elle cette matière cassante, jaune, qui s'observe dans la dothinentérie.

Le foie est un peu rouge ; cependant des gouttelettes de sang ne ruissellent pas au moment de sa section.

La rate, qui contient beaucoup de sang, se trouve sensiblement ramollie.

Les reins et la vessie ne nous offrent rien qui mérite d'être noté.

Thorax. On remarque une belle arborisation sous-pleurale, qui donne à la plèvre une teinte rouge prononcée. Les poumons, rouges et crépitans, présentent quelques légères adhérences vers le sommet et la scissure interlobaire ; vis-à-vis de ces pseudo-membranes on observe un petit nombre de tubercules crus. La partie inférieure des poumons contient une assez grande quantité de sang. Les bronches participent à la coloration rouge du tissu pulmonaire, qui disparaît par la macération.

On aperçoit sur les oreillettes et les ventricules du cœur quelques taches blanchâtres, vestiges d'une ancienne péricardite. On trouve, dans le ventricule droit, un caillot de fibrine en partie décolorée et gros comme une noix. Le cœur a un bon volume, et les valvules sont saines.

Crâne. Les méninges offrent une arborisation assez marquée ; les veines de la convexité ont acquis un développement sensible; elles sont d'ailleurs humides. Les sinus contiennent un peu de sang liquide.

Les circonvolutions cérébrales ne nous présentent ni entassement, ni saillie anormale. Les ventricules, qui renferment un peu de sérosité, ne sont point non plus affaissés ; la substance cérébrale, à peine injectée, a une bonne consistance. Toutes les parties de l'encéphale sont examinées avec le plus grand soin, sans qu'on puisse rencontrer la moindre altération organique.

Pour mettre à découvert la moelle épinière, on porte sans précaution de violens coups de marteau sur le rachis, surtout à la partie moyenne. Nous rencontrons sur la dure-mère, un peu de sang coagulé, étendu par plaques d'une manière uniforme. Les autres méninges ont conservé leur texture normale. On remarque un réseau vasculaire assez développé sur les parties antérieure et postérieure de la moelle, qui se trouve ramollie au niveau de la région dorso-lombaire; mais ce ramollissement blanc est situé vis-à-vis des vertèbres qu'on a enfoncées dans ce point du cordon rachidien en voulant ouvrir le canal vertébral.

Le grand sympathique et le pneumo-gastrique n'ont subi aucune altération.

Analyse du sang. M. Chevalier a bien voulu, sur ma demande, faire tous les essais convenables pour découvrir si des particules de plomb étaient associées au sang que j'avais extrait de la veine cave inférieure et du cœur droit d'une part, et de l'autre de la veine porte et du foie.

Voici le résultat de ses expériences : « J'ai examiné » le sang contenu dans deux bocaux, et qui provenait » du nommé Béchet. Une partie du sérum, essayé par » les réactifs qui décèlent le plomb, n'a donné aucun » des caractères qui font reconnaître ce métal, qui alors » aurait été à l'état salin. Une autre portion du sérum » ayant été évaporée, son résidu a été charbonné et in- » cinéré ; l'examen des cendres a démontré qu'elles ne » contenaient pas la moindre trace ni de plomb, ni » d'oxide de ce métal. Le caillot desséché, charbonné et » incinéré, a fourni des cendres qui ne contenaient ni » plomb, ni oxide de ce métal. »

CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. SANSON.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Observations de hernies étranglées ; par M. Guéretin, élève de l'Ecole Pratique, membre de la Société anatomique.

Pendant les mois de mai et juin 1836, trois cas de hernies étranglées se sont présentés à clinique chirurgicale de la Pitié. A une époque où les avantages et les inconvéniens du taxis et du débridement sont encore un point en litige, leur histoire, je pense, offrira quelque intérêt. Les trois cas présentent en outre des particularités dont le praticien pourra tirer quelques avantages.

Première observation. — *Entérocèle crurale étranglée depuis six jours.— Opération. — Kyste pris d'abord pour le sac ; paquet graisseux pris d'abord aussi pour l'épiploon.— Commencement de péritonite : vésicatoires très-douloureux avec escarres aux cuisses.— Sortie de la malade, vingt-deux jours après l'opération.*

Une femme de soixante-cinq ans portait, depuis vingt-cinq ans, une hernie crurale droite de la grosseur d'une forte châtaigne.

Le 14 mai 1836, pendant que la malade se promenait dans la rue, la hernie sortit spontanément : son bandage, dit-elle, était bien en place. Rentrée de suite chez elle, elle essaya en vain de la réduire.

Son médecin l'amena à la Pitié le 19 : plusieurs applications de sangsues avaient été faites ; on avait essayé le taxis à plusieurs reprises, mais toujours avec réserve. Il y avait eu des coliques violentes, des vomissemens stercoraux, pas de symptômes inflammatoires à la tumeur.

A la visite du 20 mai, la malade ne vomissait plus depuis vingt-quatre heures ; le ventre est souple, presque sans colique, la face calme ; mais la hernie est dure, et commence à être douloureuse à la pression. Pas de selles depuis six jours. M. Sanson ne se fia pas à ce mieux momentané : la tumeur, qui commence à

être sensible, les efforts antécédens et inutiles de taxis, quelques nouveaux efforts tentés infructueusement par lui-même, le décident à opérer sur-le-champ.

Après la section de la peau et de plusieurs tuniques aponévrotiques, l'opérateur arrive sur une masse lobulée, rouge-foncé, de la grosseur d'une petite pomme, qu'il prit pour le sac herniaire, et qu'il incisa avec précaution. Une cavité un peu anfractueuse, à loger une petite noix, pleine d'une sérosité trouble, acheva momentanément de le tromper. Une seconde tumeur rouge-foncé se présenta alors, entourée sur ses côtés d'une ceinture inégale, lobulée, de trois lignes d'épaisseur environ, d'aspect épiploïque, qui s'enfonce avec le collet de la tumeur qu'elle embrasse. L'enveloppe extérieure du kyste incisé se continue en dehors de cette masse, qu'elle recouvre. M. Sanson crut donc le sac incisé ; la deuxième tumeur lui parut être l'anse intestinale étranglée entourée d'une portion d'épiploon qu'elle avait perforée. Circonscrivant alors doucement avec le doigt la tumeur profonde, et l'isolant bien de la masse prétendue épiploïque, avec laquelle elle n'a que de très-légères adhérences, il reconnut bientôt qu'il avait affaire au sac herniaire ; il fut incisé avec des ciseaux. L'anse intestinale mise à nu était d'un noir foncé, sa texture ne parut pas altérée. Une couche plastique extrêmement mince l'accolait au sac. Les deux tiers seulement du calibre intestinal parurent pincés. Pendant que des aides attiraient au-dehors avec des pinces les parois du sac, une contraction intestinale fit presque immédiatement rentrer l'intestin, sans qu'il fût besoin de le débrider.

Les jours suivans, M. Sanson se tint constamment en garde contre une péritonite qui menaçait.

(Lavemens émolliens, sulfate de soude, une demi-once ; frictions mercurielles sur le ventre.)

Le 25, les signes de péritonite semblaient déclarés : Face pâle, ventre météorisé, très-douloureux à la pression, nausées, coliques. Depuis l'opération, pas de selles sans lavemens. Une rétention d'urine a aussi persisté depuis le 20 au soir : il faut sonder la malade deux fois par jour. Respiration incomplète, presque toute costale, avec douleur au ventre ; pouls serré, vif, à quatre-vingt-seize pulsations : peau sèche, soif vive.

(Frictions avec un gros d'onguent mercuriel ; deux vésicatoires aux cuisses avec la pommade de Gondret.)

26. — Douleurs vives aux cuisses ; vésicatoires couverts d'une escarre blanchâtre. Mêmes symptômes abdominaux. La malade ne se plaint que de ses cuisses.

(Douze sangsues au ventre.)

27. — Insomnie par les douleurs des cuisses.

28. — Même état des vésicatoires ; pouls souple, développé, à quatre-vingts pulsations ; pas de coliques ; selles spontanées ; ventre souple, à peine douloureux ; la langue se nettoie, appétit. La malade mange le demi-quart.

Les jours suivans, les escarres se détachent ; convalescence ; sortie le 11 juin.

Remarquons dans cette observation :

1° L'amélioration sensible des symptômes au moment de l'opération. M. Sanson a fréquemment remarqué de l'intermittence dans les symptômes d'étranglement chez les personnes âgées. On conçoit en effet que, dans les cas d'engorgement, les symptômes puissent parfois presque entièrement cesser, soit qu'il se fasse des désobstructions momentanées, soit que les intestins, fatigués pour ainsi dire, cessent momentanément leurs contractions anormales, cause de presque tous les symptômes. Mais, dans ces cas, M. Sanson, ne se fie point à l'amélioration apparente, comme nous l'avons vu dans le cas précédent ; car, dit-il, tout le cortége est bientôt revenu, et souvent même plus alarmant.

2° La marche lente des symptômes : expliquée bien suffisamment par l'absence de l'inflammation, par le pincement d'une portion seulement du calibre intestinal, par la constriction modérée de l'anneau, etc.

3° Les dispositions singulières du sac, qui trompèrent momentanément l'opérateur, et sur lesquelles, en effet, il était bien difficile de ne pas se méprendre. J'ai rapporté l'observation surtout à cause de ces particularités.

Le kyste avait-il été produit par les efforts de taxis faits avant l'opération ? cause que M. A. Bérard assigne à ces poches, dans une observation rapportée par M. Godin (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 3e vol., page 441.) Le paquet graisseux, pris d'abord pour une portion d'épiploon, avait probablement été amené anciennement du tissu cellulaire sous-péritonéal par le sac. Les frottemens, les pressions qu'il avait dû subir depuis longues années expliquent bien son augmentation de consistance, son aspect épiploïque.

4° Les douleurs aiguës des vésicatoires des cuisses, qui ont paru opérer une révulsion salutaire des symptômes abdominaux.

Deuxième observation. — *Etranglement spontané d'une entérocèle inguinale. — Pas d'indication pressante de l'opération pendant trente-neuf heures. — Symptômes cholériformes subits ; mort au bout de cinq heures. — Obscurité du diagnostic.*

Un employé d'octroi, âgé de soixante-et-onze ans, portait un bubonocèle droit de la grosseur d'un œuf de poule depuis cinq ans.

Le 14 juin 1836, à dix heures du soir, il fut pris spontanément de coliques en faisant sa ronde de nuit. Il n'avait fait aucun efforts ; son bandage était bien en place. Il essaya en vain de faire rentrer la hernie qui venait de sortir.

Le 15, à quatre heures du matin, nouveaux efforts de taxis par un médecin appelé. Dans la nuit, deux vomissemens bilieux, crampes aux membres inférieurs.

On l'apporte à la Pitié. Neuf heures. Coliques, gargouillemens, trois vomissemens bilieux, ventre normal ; une crampe violente dans la cuisse droite en voulant se remuer. La tumeur inguinale est indolente, de la grosseur d'une petite pomme, molle, mobile, mate ; le doigt s'engage facilement dans l'anneau inguinal externe, en arrière de la tumeur, qui est placée au-devant du cor-

don. Mais le canal inguinal est rempli par une tumeur cylindrique, allongée, dure, douloureuse, fixe, qu'on perd à l'anneau supérieur, et qui semble se plonger dans l'abdomen.

Diagnostic. — Étranglement par l'anneau supérieur ou par le collet du sac. M. Sanson se demande si la tumeur extérieure, vu sa mollesse, son indolence, sa matité, n'est point formée par une portion d'épiploon ou par le sac seul.

(Lavement purgatif; quinze sangsues sur la tumeur; bain de trois heures.)

Onze heures. Les sangsues sont en place. Tumeur extérieure plus fixe, un peu plus dure et un peu plus douloureuse. Sorti du bain au bout d'une demi-heure pour syncope. Il a très-peu uriné et une seule fois depuis hier. Deux crampes légères depuis ce matin.

Soir. Un lavement purgatif a fait sortir un peu de matières fécales moulées du rectum. Trois vomissemens bilieux dans la journée. Pas de vents par l'anus. Apyrexie. Ventre à peine sensible, de volume normal. Même état de la tumeur inguinale. Pas d'urines. Soif vive.

(Bain.)

16 au matin. Cette nuit, trois vomissemens bilieux de très-mauvais goût. Rien de nouveau du côté du ventre; quelques crampes légères, soif vive, pouls apyrétique, à soixante-dix pulsations, développé; un peu de prostration; pas de froid, pas de selles, des vents par l'anus. Il a uriné très-peu.

La tumeur extérieure est plus grosse, sensiblement fluctuante, presque indolente. Celle du canal n'a pas changé. M. Sanson essaie un taxis modéré : il fait rentrer facilement la moitié environ de la tumeur extérieure sans que celle du canal augmente de volume, sans que la première reprenne de suite son volume lorsqu'on l'abandonne. Il peut bien trouver l'anneau inguinal externe et y enfoncer son doigt.

Diagnostic. — Avec l'étranglement au haut du canal, M. Sanson ne se rend pas compte de la réductibilité à moitié de la tumeur extérieure, sans augmentation du volume de celle du canal. En outre, d'où vient le liquide du sac? Est-il venu de l'abdomen, ou a-t-il été exhalé par le sac? Puis les accidens de l'étranglement ne se prononcent pas. Doutes.

(Lavement purgatif; quinze sangsues sur la tumeur; bain de deux heures.)

Même état jusqu'à trois heures de l'après-midi. Le malade est pris alors *subitement* de symptômes cholériformes très-prononcés : voix soufflée, facies cadavéreux, prostration; vomissemens plus fréquens, plus liquides, nullement stercoraux, un peu grisâtres. Cyanose des mains, des avant-bras et des pieds; crampes fréquentes, peu intenses, aux membres inférieurs. Pouls insensible, peau flasque, ventre affaissé, indolent, etc. Mort à huit heures du soir. On trouve dans son lit un peu de matières stercorales liquides, jaunâtres, rendues depuis ces nouveaux symptômes.

Avant l'autopsie, M. Sanson se fit les questions suivantes : A quelle affection avons-nous eu affaire?

1° A une hernie étranglée?

Mais la tumeur inguinale a paru sans efforts, pendant que le bandage était bien appliqué. Comment concilier avec un étranglement à l'anneau supérieur, l'augmentation de la tumeur et la présence du liquide constatée le 16? la réductibilité de la tumeur sans augmentation du volume de celle du canal? La mobilité, la mollesse, l'indolence de la tumeur extérieure observées le premier jour, pouvaient faire penser aussi qu'elle ne contenait pas de viscère étranglé. La terminaison par la mort au bout de quarante-six heures, chez un vieillard, sans symptômes inflammatoires, et surtout l'aspect cholériforme si tranché des symptômes, sont-ils les effets des étranglemens herniaires? Enfin n'aurait-on pas pu aussi, pour s'expliquer la tumeur intra-inguinale, penser à un engorgement aigu du cordon spermatique? etc.

2° A une péritonite?

Mais il n'y a pas eu de fièvre; pouls toujours développé, ventre souple, presque insensible à la pression, etc.

3° A une perforation interne?

Mais dans ces cas, il y a des signes antérieurs d'étranglement presque toujours manifestes, il y a des symptômes toujours manifestes, il y a des symptômes inflammatoires vers la tumeur, des signes de suffusion et de phlogose péritonéales; la mort est ordinairement moins rapide, etc.

4° A une attaque du choléra?

Remarquons en effet les crampes et la suppression presque complète d'urine, dès le début des symptômes, l'apyrexie constante, surtout l'aspect cholériforme si marqué de l'affection, pendant ses cinq dernières heures, etc. Mais il resterait alors à s'expliquer : la tumeur de l'aîne, l'absence des selles, l'absence d'aspect cholériforme, excepté dans les dernières heures, etc.

Autopsie, trente-sept heures après la mort.

Rigidité cadavérique très-marquée, mains et pieds bleuâtres, ongles bleuâtre-foncé, poignets rétractés, froid cadavérique prononcé, ventre ni affaissé, ni ballonné.

Incisée avec précaution, la tumeur inguinale est constituée par un sac herniaire adhérent d'ancienne date; en l'incisant, il en sort une once environ d'un liquide noirâtre à odeur un peu forte, mais non gangréneuse. Il renferme une anse de l'iléon de deux pouces de longueur, qui remplit la tumeur extérieure; anse rouge très-foncée, non gangrénée, avec phlogose manifeste du sac (adhérences récentes, etc.). L'anse est fortement étranglée à l'anneau supérieur par le collet du sac, invaginé sur lui-même de près de deux lignes.

Deux onces environ de sérosité trouble dans le péritoine; anses intestinales resserrées, de la grosseur du doigt, dans deux pieds d'étendue, près de l'étranglement; surface des anses rosée, injectée, avec légères rugosités; liquide grisâtre, ressemblant à de l'eau battue avec une forte proportion de poussière, inodore, dans tout l'intestin grêle; muqueuse des deux tiers inférieurs de l'intestin grêle rosée, sans ramollissement;

les glandules de Brunner, blanchâtres, de la grosseur de têtes d'épingle, donnent un aspect rugueux à cette étendue. (Rapprochons ces dernières lésions de celles à peu près semblables trouvées dans les intestins des cholériques). Plaques de Peyer visibles, mais non saillantes; gros intestin contenant des matières fécales par boulettes, mouillées par le liquide grisâtre de l'intestin grêle.

Estomac sain, contenant deux onces environ du liquide de l'intestin grêle; vessie de la grosseur du poing, contenant quatre onces d'urine à peu près; foie sain; poumons noirâtres, fortement *imprégnés* d'un sang noirâtre dans toute leur étendue; le sang n'est ni épaissi ni poisseux.

Terminons par de très-courtes réflexions.

Le liquide trouvé dans l'intestin, le gonflement des glandes de Brunner, la congestion excessive et noire des poumons, etc., ne pourraient-elles pas faire penser à une affection cholérique entée sur l'étranglement?

Où allait le liquide que M. Sanson refoulait par le taxis, sans augmenter la tumeur intra-inguinale?

Pour réussir, l'opération eût dû être faite le premier jour, car les traces locales de phlogose semblaient dater de dix ou quinze heures au moins.

Troisième observation. — *Entérocèle crurale droite chez un homme de cinquante-six ans. — Etranglement à la suite de maniement de la hernie. — Débridement multiple au bout de vingt-quatre heures; péritonite; mort.*

Un papetier de cinquante-six ans entra à la Pitié le 23 juin 1836, pour une orchite aiguë. Depuis trois ans, il porte une hernie crurale droite, de la grosseur d'une pomme moyenne; à son arrivée, la hernie était parfaitement réductible.

Le 24, *une demi-heure* avant la visite, la hernie était encore dans son état normal; il attendait M. Sanson pour lui parler seulement de son testicule. Quelques élèves vinrent alors à son lit, *manièrent* la hernie pendant un quart-d'heure environ. A peine un quart-d'heure après, M. Sanson arrive à lui : le malade parle d'abord de son testicule, puis se plaint de légères coliques depuis dix minutes; la hernie est *un peu sensible* à la pression, sonore, élastique. M. Sanson dit au malade de la réduire; il essaie aussi lui inutilement. En quatre à cinq minutes, les gaz étaient rentrés, la tumeur diminuée de moitié, il place alors la main d'un interne, qui *continue* pendant vingt minutes une pression douce et égale, sans réussir.

Deux heures plus tard, nouvelles tentatives ménagées et inutiles (glace sur la tumeur); coliques, gargouillemens, nausées.

Le soir, les signes d'étranglement étaient manifestes; ventre sensible, un peu tendu; tumeur douloureuse (glace sur la tumeur, bain, lavement de tabac).

25, *matin.* — Facies anxieux, soif vive, ventre douloureux; au-dessus de l'anneau, tumeur abdominale très-douloureuse, mate, semblant formée par des anses intestinales engouées; tumeur crurale, douloureuse, un peu fluctuante.

Opération : incision oblique de trois pouces, en pinçant la peau; M. Sanson coupe en dédolant trois à quatre lames aponévrotiques; sac mis facilement à nu et incisé dans l'étendue de deux pouces et demi; sortie de deux onces environ de sérosité roussâtre; anse intestinale de la grosseur d'une petite pomme, rouge-foncée, adhérente au sac par des concrétions albumineuses récentes. L'anse étranglée offre une adhérence ancienne entre ses deux portions, de façon à former un infundibulum où le doigt entre facilement. M. Sanson incise alors par en haut, avec les ciseaux, le sac le plus profondément possible vers le collet, tandis que deux aides tirent les côtés du sac au-dehors avec des pinces.

A l'aide d'un bistouri boutonné, protégé par l'indicateur gauche, M. Sanson débride d'abord en haut et un peu en dehors, de devant en arrière, dans l'étendue d'une ligne et demie, puis sur le ligament de Gimbernat, dans l'étendue de trois lignes, et essaie la réduction. Il craint que la tumeur abdominale au-dessus de l'anneau n'indique une deuxième poche avec étranglement plus haut. L'index droit, porté alors à deux pouces de profondeur entre l'anse et le ligament de Gimbernat, sent distinctement une bride résistante qu'il croit formée par le ligament de l'ombilic, saillant en dehors et en arrière. Pendant qu'il la déprime avec l'index du côté du pubis, l'anse extérieure et la tumeur abdominale rentrent en masse immédiatement. Ecoulement de deux onces environ de sérosité trouble.

Malgré une saignée et un écoulement sanguin qu'on eut bien soin de rendre *continu* pendant quatre jours, au moyen de sangsues successivement appliquées, la péritonite se prononça. Un vésicatoire sur toute la surface abdominale (le 29) dissipa momentanément la douleur. Un gonflement des tissus divisés à l'aîne fit croire à beaucoup d'élèves que la hernie s'était reproduite; M. Sanson l'attribua aux couches nombreuses qu'il avait fallu diviser. Un ictère parut le 1er juillet, un érysipèle vint compliquer la plaie de l'aine : le malade mourut le 3 juillet.

Autopsie, quarante-quatre heures après la mort.

Péritonite générale avec adhérences; deux brides anciennes, allant, l'externe de la fosse iliaque sur des anses de l'intestin grêle, l'interne formée par des adhérences intestinales au ligament que remplace l'artère ombilicale devenu plus saillant, circonscrivaient une ouverture de deux pouces et demi de diamètre environ, par laquelle pouvait s'engager un paquet de l'intestin grêle à circonvolutions serrées et unies par d'anciennes adhérences. Ce paquet se trouvait alors placé entre les brides en arrière et la paroi abdominale en avant. C'est la bride interne que M. Sanson avait diagnostiquée et abaissée lors de la réduction. L'anse, qui était étranglée, se trouve dans le paquet à circonvolutions serrées et adhérentes, ce qui explique la rentrée en masse qui eut lieu.

On reconnaît difficilement la disposition du canal crural à cause de la putréfaction; l'orifice interne offre

les débridemens non cicatrisés ; l'externe touchait presque les artères épigastrique et spermatique qui circonscrivaient exactement, et sur le rebord même, la moitié externe de l'anneau.

Nota. Comme il est assez rare d'avoir à débrider et à disséquer des hernies crurales chez l'homme, j'ai cru devoir insister sur l'opération et un peu sur l'anatomie de la hernie.

Cette observation offre un exemple frappant de la facilité avec laquelle les hernies, et surtout les hernies crurales chez l'homme, s'étranglent, et des causes légères qui y donnent lieu quelquefois. Je ne fais pas de doute que l'étranglement doive être attribué ici aux *maniemens* opérés par les élèves avant la visite. N'est-on pas frappé aussi de la rapidité avec laquelle la réduction devint impossible? J'ai à ce propos donné des détails étendus dans l'observation. Notons aussi l'inflammation apparente dans le sac avant vingt-quatre heures d'étranglement, chez un sujet faible, de cinquante-six ans. Ce cas me semble un argument bien fort contre ceux qui soutiennent aujourd'hui la possibilité de la réduction après un temps long et dans presque tous les cas, et qui se plaignent qu'on en vienne trop vite à l'opération.

Disons aussi qu'ici les adhérences anciennes de l'anse étranglée, qui ne lui permettaient de se réduire qu'en masse, a beaucoup aidé à l'étranglement.

Enfin ne terminons point sans faire remarquer :

1° L'arrière-cavité formée par les brides abdominales (disposition qui a aussi aidé l'étranglement), et le moyen employé par M. Sanson pour réduire l'intestin après le débridement.

2° Le débridement multiple, proposé par M. Vidal (de Cassis), que M. Sanson préfère dans ces hernies.

3° La proximité des artères épigastrique et spermatique de l'anneau crural interne, dans la hernie crurale chez l'homme.

4° Le gonflement des tissus incisés, qui pouvait faire croire à une réapparition de la hernie.

5° L'effet momentanément salutaire du vaste vésicatoire abdominal.

44. — 29 OCT.

Observation d'acéphalocystes développées dans la gencive; par M. LEFOULON, chirurgien-dentiste, à Paris.

Le 15 juillet dernier, se présenta à ma consultation M. de C., ancien colonel, âgé de cinquante-six ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, à l'exception de l'indisposition qui le conduisit chez moi. Voici ce qu'il me raconta. Il y a deux ans environ que la troisième dent molaire du côté droit de la mâchoire inférieure fut extraite par un dentiste de Paris, pour cause de carie ancienne et profonde, qui déterminait de très-vives douleurs. Cette opération ne présenta rien d'insolite, et nul accident ne la suivit pendant trois mois. A cette époque, le malade sentit, à la place, même d'où avait été extraite la dent, et sur la gencive, une petite tumeur qui occasionnait des douleurs assez vives toutes les fois que, par l'acte de la mastication, quelques portions d'aliment venaient à être portées et pressées sur elle. Cette tumeur prit lentement et peu à peu de l'accroissement, au point de gêner la mastication, de forcer le malade à avoir la bouche constamment ouverte, et de faire saillie dans la cavité buccale. C'est alors que M. de C. se décida à reclamer les secours de l'art. Voici ce que j'observai en examinant les choses.

Entre la deuxième et la quatrième molaire du côté droit de la mâchoire inférieure, je trouve une tumeur oblongue dans le sens de la mâchoire, ayant à peu près sept à huit lignes d'étendue et un volume égal à celui d'un œuf de perdrix. Cette tumeur est dure, si ce n'est au milieu, où l'on sent un peu de fluctuation. Il faut une pression assez forte pour déterminer de la douleur. La membrane muqueuse gengivale qui la recouvre n'a subi aucune altération ni dans sa couleur, ni dans sa consistance. Par suite du développement de cette tumeur, la quatième dent molaire est déjetée en arrière et en dehors, la deuxième en avant et en dedans ; celle-ci est en outre profondément cariée, et un stylet introduit dans la cavité de la carie détermine une vive douleur.

Je propose au malade l'extraction immédiate de cette dent cariée, sauf à voir après ce que je pourrais faire pour cette tumeur, dont la nature me paraissait fort difficile à déterminer.

Le malade consent à l'extraction, et je la pratique sur-le-champ.

Mon étonnement fut grand, après l'extraction de la dent, de ne plus voir la tumeur, et d'apercevoir à sa place une solution de continuité de cinq à six lignes d'étendue, opérée sant doute par l'avulsion de la racine de la dent. Ma surprise redoubla en voyant dans le bassin que j'avais donné au malade pour se rincer la bouche, trois petits corps arrondis, parfaitement transparens, et nageant dans le sang et le liquide que le malade avait rendus. Ces petits corps avaient le volume d'un gros pois, leur consistance était comme gélatineuse, et ils contenaient dans leur intérieur un liquide parfaitement incolore et transparent comme l'eau la plus limpide. A ces caractères je ne pouvais méconnaître des acéphalocystes, et telle a été l'opinion de plusieurs médecins à qui je les ai montrées.

En examinant la plaie qui résultait de l'ouverture de cette tumeur, je reconnus qu'elle était évidemment formée par le tissu gengival hypertrophié ; que les parois internes de cette tumeur étaient tapissées par une membrane blanchâtre et résistante, ayant, en un mot, toutes les apparences d'un kyste.

Nul accident n'est du reste survenu ; la petite plaie s'est parfaitement cicatrisée, et nulle douleur n'est ressentie par M. de C.

Ce fait est assurément fort curieux ; je n'en ai trouvé aucun qui présente de l'analogie, et vraisemblablement qu'il eût été fort difficile pour tout le monde de diagnostiquer la présence d'un kyste hydatide dans le tissu de la gencive.

Je ne connais même, en fait d'acéphalocystes développées dans la cavité buccale, que des cas relatifs aux amygdales, et entre autres l'observation célèbre de Dupuytren. Mais, dans ce dernier cas, il me semble que les historiens de l'illustre chirurgien lui ont fait honneur d'un génie divinatoire qui tient plus de la poésie que de la vérité. Cette observation insérée tout au long dans les Bulletins de la Société anatomique et dans la thèse de M. Clérambault (Paris, 1829), ne dit pas que Dupuytren, à la simple vue de la tumeur, eût diagnostiqué un kyste hydatique. Il pratiqua au contraire une ponction exploratrice pour connaître la nature de la tumeur, et ce ne fut qu'à l'excision que cette nature fut bien connue.

Dans le cas que j'ai eu l'occasion d'observer, la santé du malade n'a souffert aucune altération après l'ouverture de la tumeur. On sait que, dans l'observation de Dupuytren, la malade succomba quelques jours après l'excision de l'amygdale, à la suite d'un travail inflammatoire survenu dans un kyste hydatique développé dans le rein droit.

ESQUISSES BIOGRAPHIQUES ET LITTÉRAIRES.

—

Médecins et chirurgiens anciens et contemporains.

INTRODUCTION.

La biographie est dans nos mœurs ; on ne se contente pas de publier la vie des morts célèbres, on met aussi au jour celle des vivans. L'esprit de parti, la triste passion du dénigrement, l'usage absurde de louer tout ce qui est académicien, ont donné mille formes à la biographie. On a écrit des *Vies*, des *Notices*, des *Eloges*, etc. ; il faut voir, depuis Tacite jusqu'à M. Pariset quelle dépense d'esprit a été faite pour mentir agréablement ou académiquement. Morts ou vivans, on doit se résigner et subir les calomniateurs comme les panégyristes.

Mais parce qu'il existe des écrivains qui vous noircissent et d'autres qui ne savent pas louer, n'allez pas nier l'utilité d'une biographie juste, de celle qui loue ou blâme par les faits.

Il est utile et quelquefois indispensable de connaître le caractère de celui qui fournit une observation avant de lui donner entrée dans la science. La pureté des sources est une des conditions vitales du progrès. Je sais qu'il est souvent possible de reconnaître, par une analyse bien faite d'une observation, si réellement il y a altération ou non du fait ; mais ce travail est difficile et pénible, il nécessite aussi beaucoup de temps. D'ailleurs, peut-on faire un pas, même dans les sciences les plus exactes, sans la foi ? Le livre de J.-L. Petit serait d'une bien moindre utilité si le caractère et la probité scientifique de ce chirurgien étaient moins connus. Ses observations, toutes incomplètes, équivalent à des assertions qui, présentées par un homme *en qui on a foi*, constituent des valeurs scientifiques ; tandis que des observations beaucoup plus complètes de Garengeot, par exemple, n'échapperaient pas à certains soupçons, surtout depuis son histoire de ce nez mordu, foulé aux pieds, jeté chez un barbier et greffé ensuite, avec succès, sur le même visage auquel il avait été arraché !

Si la chirurgie s'honore de compter quelques imitateurs de Petit, elle est forcée d'avouer que les descendans de Garengeot sont beaucoup plus nombreux. Leur nombre et leur habileté vont tous les jours en augmentant. On ne se permet plus des mystifications aussi grossières que celle du nez, on connaît mieux les faussetés qui ressemblent à la vérité, et on les dit absolument avec l'accent de ce qui est vrai. Les facultés de Montpellier et de Paris ont pleuré deux hommes qui excellaient dans cet art ; c'étaient des maîtres dans toute la force du terme. En mourant, ils n'ont légué à personne leur talent chirurgical, mais à l'ouverture de la succession qu'ils tenaient de Garengeot, beaucoup ont accouru, les cohéritiers ont été nombreux.

Ce sont donc surtout les chirurgiens qu'il faudrait faire poser. Une galerie de portraits contemporains et anciens entre dans le plan de ce journal, mais les pinceaux exercés sont rares, cependant il en est sur lesquels nous pouvons compter dans l'occasion. Parmi ces pinceaux exercés, nous pouvons à juste titre compter sur celui que manie si habilement M. Vidal (de Cassis), et nos lecteurs n'apprendront pas sans intérêt que notre collaborateur s'est chargé de nous donner le portraits de Franco, d'Ambroise Paré, de J.-L. Petit et ceux de quelques chirurgiens contemporains. Cette série commence par Velpeau, parce que M. Vidal a voulu répondre lui-même à l'invitation que nous avions présentée dans notre dernier numéro. Nos prochaines livraisons contiendront nos esquisses sur Vésale, Fernel, Guy-Patin, parmi les médecins anciens ; et, parmi les modernes, celles d'Andral, de Louis, de Chomel, de Bouillaud, de Rostan, etc.

I. VELPEAU.

La biographie contemporaine a un avantage que les intéressés n'apprécient pas suffisamment. Dans les momens de passion et d'erreur où votre caractère et votre esprit méconnus vous laissent accuser à tort de quelque faute grave, si vous avez fourni une belle carrière, vous avez la faculté de renvoyer les accusateurs à la galerie, en rendant le public juge de la portée de l'accusation. Vous insinuez que je suis coupable d'une dénonciation, voyez qui je suis, ma vie seule établit la fausseté de votre imputation. Ce système de défense, qui n'est pas nouveau, est le plus moral et le seul qui doive être adopté par l'honnête homme injustement accusé. S'il est vrai que M. Velpeau est dans une pareille circonstance, sa position est magnifique ; c'est l'homme qui semble être né pour fournir la preuve de tout ce qu'on peut avec une ame fortement trempée ; c'est un des chirurgiens qui s'est élevé le plus haut sans

nuire à ses confrères et sans rien demander au pouvoir.

Jeté par je ne sais quel destin dans ce gouffre qu'on appelle la capitale, Velpeau compte par centimes ce que peut coûter son existence d'un jour. La pauvreté de Dupuytren dans ses débuts à Paris eût été de l'aisance pour Velpeau. Dupuytren eut des protecteurs, d'autres disent aussi des protectrices ; Velpeau n'eut que la providence, un esprit très-peu cultivé, et un physique qui rendait peu probables certaines aventures qui auraient signalé plusieurs périodes de la vie du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et qui, dit-on, n'ont pas peu contribué à son avancement. L'enlèvement de Dupuytren encore enfant par une riche voyageuse était une espèce de succès qui en présageait d'autres, qui auraient été obtenus plus tard auprès d'une puissante dame de l'empire. Personne n'a été tenté, je crois, d'enlever Velpeau, et s'il est parvenu, ce n'est certes pas par sa blonde chevelure, comme le dirait le gracieux et spirituel panégyriste des académiciens.

Velpeau avait le ressort du travail monté à un degré extraordinaire. Il entre en 1820 à l'hôpital Saint-Louis, après quatre années d'études à l'hôpital de Tours. Il concourt tout de suite pour l'École Pratique, il est reçu ; on l'a à peine connu comme élève que le voilà déjà professeur. En effet, l'hiver suivant, il donne des leçons d'anatomie. Ce n'est pas la vanité qui l'improvise professeur, mais deux besoins, celui d'exister et celui d'apprendre qui était pour lui aussi impérieux que le premier. Tous les deux d'ailleurs ont toujours été confondus par Velpeau, exister et apprendre sont pour lui synonymes, il ne connaît qu'une loi, celle du travail. Aussi en 1821 obtint-il le prix d'anatomie et de physiologie ; il remporta aussi au concours la place d'aide d'anatomie. Le voilà affichant un cours régulier d'anatomie descriptive et chirurgicale. Velpeau était loin de posséder alors la facilité d'élocution qu'on lui connaît aujourd'hui, sa diction était, au contraire, pénible et incorrecte. Comme il lui fallait tout acquérir, il demanda encore au travail les qualités du professeur ; ceux qui ont assisté à ces derniers concours où il a brillé, savent s'il les possède. Avec les habitudes de sobriété que Velpeau s'était créées, il devait déjà se trouver à son aise ; aussi la place d'aide d'anatomie et ses cours le placèrent-ils au-dessus du nécessaire. C'est en 1822 que, mettant à profit les données fournies par l'anatomie, il étendit son enseignement à la médecine opératoire. Il apprit encore en l'enseignant un art qu'il devait un jour agrandir. C'est de cette année que datent aussi ses premières recherches sur l'embryologie ; elles eurent pour point de départ des préparations que la Faculté avait ordonnées. Velpeau vit facilement que l'homme n'avait pas été suffisamment étudié dans sa vie intra-utérine ; il aperçut un champ à cultiver, sans en mesurer le labeur (ce n'était jamais cette considération qui l'arrêtait) il conçut l'idée de ces travaux remarquables qui lui ont valu la plus riche collection d'embryons, et ont donné aux anatomistes une science dont les élémens trouvés étaient épars, et dont ceux à trouver étaient encore très-nombreux. M. Velpeau sait mieux que personne que l'embryologie n'est pas parvenue à son apogée ; mais quelle est la science qu'on peut dire achevée ? et d'ailleurs quelle est celle qui peut l'être ?

L'ambition et les espérances de Velpeau se retrempèrent dans ses succès de 1823. Il fut alors nommé agrégé à la Faculté et chef de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Côme, aujourd'hui appelé clinique de de la Faculté, autrefois, par ironie je pense, Hospice de Perfectionnement. Velpeau fit le service pendant quatre ans dans cet établissement, et là il put observer et opérer sous plusieurs chirurgiens.

C'est en 1825 que Velpeau commença la publication de son anatomie des régions, ouvrage remarquable par l'abondance et l'exactitude des détails, et reprochable peut-être sous le rapport de la méthode. Si ce livre décelait l'inexpérience de l'écrivain, il révélait aussi un esprit d'investigation et d'application assez rare dans les ouvrages des anatomistes qui considèrent trop souvent les organes d'une manière abstraite. Velpeau voulut faire une anatomie pratique, c'est cette intention qui domine tout son ouvrage. La tendance très-louable de rapprocher le plus possible l'anatomie de la chirurgie, l'a exposé à les confondre quelquefois. Cependant une lecture attentive de cet ouvrage finit toujours par apporter des fruits qu'on demanderait vainement à des publications faites dans le même sens, mais avec plus d'art dans l'exposition des matières. Cet ouvrage a été terminé en 1826.

L'époque de sa réception aux hôpitaux, comme chirurgien du bureau central, est celle où commença à se dessiner d'une manière plus nette la vocation chirurgicale de Velpeau ; ce fut en 1828. Il abandonna alors son cours d'anatomie descriptive, et en ouvrit immédiatement deux autres, un d'anatomie chirurgicale, le second de pathologie externe. C'est dans celui-ci qu'il exposa ses vues sur la pathologie. En chirurgie, comme on le sait, il est des points qui touchent aux plus hautes questions de doctrine ; Velpeau avait déjà entrepris des travaux pour réhabiliter l'humorisme, il s'en servit pour compléter les généralités de la chirurgie entachées d'un solidisme trop exclusif, depuis que l'humorisme ancien s'était déconsidéré par des exagérations et par un langage trop peu en rapport avec celui que les progrès de la physiologie et des sciences physiques devaient formuler.

Son livre d'accouchement parut l'année suivante : c'est l'ouvrage que Velpeau a le mieux écrit ; à part quelques pages où la prétention à l'effet et un léger penchant pour le néologisme percent un peu trop, on trouve dans cette production les qualités qui font lire et estimer un auteur. Ce livre que Velpeau s'obstine, je ne sais pourquoi, à intituler *Tocologie*, est devenu tout à fait classique, sa vogue se soutient, puisqu'il arrivera bientôt à la troisième édition.

Ce n'est pas seulement dans des cadres lourds et graves que Velpeau jetait ses opinions : il se fit ouvrir aussi les colonnes de tous les journaux de médecine ; il y mit

de la science, quelquefois du style et peut-être du pamphlet mais seulement quand il eut besoin de se défendre; il n'a jamais pris l'offensive (1). Les esprits sages et timides eussent désiré qu'il s'en tînt à l'exposition simple de la science qu'il connaissait parfaitement. Mais c'est là bien peu connaître les hommes et les positions. Nous avons tous des travers, le plus général est certainement celui qui nous porte souvent à entreprendre précisément les choses dans lesquelles il nous est impossible d'exceller. Le plus grand peintre de notre époque veut être un violoniste, il se fâcherait tout rouge si vous le détrompiez.

Velpeau, se mêlant au journalisme par goût, par nécessité ou par erreur, devint bientôt son enfant gâté. Cette jeune presse médicale si ardente, si généreuse, qui l'avait deviné, l'adopta; il lui fut facile d'entrevoir tout l'avenir d'un pareil homme; elle prôna ses ouvrages, fit retentir ses leçons; elle se plut enfin à grandir Velpeau afin de pouvoir le faire entrer dans ses projets de réforme. La restauration avait affaibli la Faculté de médecine, elle n'était plus soutenue que par quelques professeurs de mérite. Autour d'elle s'élevaient des hommes jeunes, pleins d'ardeur et de savoir. Il était facile de prévoir et d'opérer un changement qui devait rendre l'enseignement beaucoup plus complet. Vint juillet..... Ici je m'arrête, car je ne suis le moins du monde dans l'intention ni dans la position de dire toute ma façon de penser sur le Faculté.

Je reprends. Velpeau, je le vois ne demandant que luttes, que concours. Dans son ardeur pour le combat, il s'oublie jusqu'à se présenter pour une chaire de physiologie; puis il dispute avec plus de raison, plus de droits et plus d'avantages celles qui sont obtenues successivement par J. Cloquet, Gerdy et P. Dubois. Dans toutes ces rencontres, il est toujours généreux, parce qu'il est fort, fort de son talent, fort de l'appui du public et de la presse qui le demandaient à grands cris. Enfin les portes de la Faculté s'ouvrirent, ou, pour mieux dire, s'abattirent devant lui. On vit, ce jour, deux popularités face à face, et comme celle de Velpeau avait ses élémens dans la partie vraiment éclairée de la jeunesse, elle triompha. Il n'y eut pas même un signe d'improbation, il y eut ovation pour les juges et pour Velpeau. Le triomphe de Gerdy seul peut être comparé à celui de Velpeau. Pourquoi faut-il que les idoles qu'on élève avec tant de fracas soient précisément celles qu'on se plaît le plus à insulter? Velpeau a-t-il cessé d'être un des professeurs les plus suivis? Non, l'affluence des élèves à la Charité prouve le contraire. Ils ne s'y portent pas aveuglément, ils savent qu'il est temps de joindre les connaissances historiques aux connaissances pratiques, qu'il faut lier enfin les faits passés aux faits présents, et que cette tendance est celle qui fait de M. Velpeau un professeur de clinique complet.

D'où vient alors cette vive opposition qui, de temps en temps, se produit contre Velpeau? Est-ce qu'il serait devenu l'ennemi caché ou déclaré du concours? Est-ce qu'il voudrait fermer la voie par laquelle il est parvenu et que le mérite seul recherche? Ce serait supposer à ce professeur un manque d'habileté et de reconnaissance dont il est également incapable. Velpeau sait mieux que personne que *renier son origine c'est se perdre*. Il a trop bonne mémoire pour oublier cette vérité que Dupuytren répétait souvent. Velpeau aurait-il été injuste envers ses confrères? Mais tous ses ouvrages témoignent du contraire; ils ont le défaut peut-être de contenir trop de noms, trop de citations; c'est, d'une part, la justice puis la bienveillance qui les ont ainsi multipliés. Velpeau rend à chacun ce qui lui est dû, plus même, quand c'est un jeune confrère dont le nom perce à peine. D'où lui viennent donc, encore une fois, ces attaques qui abreuveraient sa vie d'amertume, si sa vie seule ne le mettait au-dessus de toute injustice? Elles lui viennent d'un seul homme, qu'il a eu le malheur de vaincre loyalement.

VIDAL (de Cassis) (1).

(1) Je prends le mot pamphlet dans le sens le plus honorable.

(1) Je prie mes amis et ennemis de ne m'attribuer, dans ce journal, que les vérités ou les erreurs que je signe.

BULLETIN.

Explications demandées.

Un avocat célèbre plaidant pour un pauvre journaliste de province contre un duc et pair coiffé du chapeau de cardinal, commença son plaidoyer par ces mots: « Je » ne crains, ni n'envie, ni ne dédaigne les hommes » élevés en dignité, et j'ai besoin de bien fixer cette » disposition de mon esprit pour savoir le ton qu'il me « convient de prendre dans cette cause. »

Nous nous approprions cette phrase, et quoique les situations ne soient pas semblables, elle nous servira néanmoins très-bien pour répondre aux questions qui nous ont été adressées et aux explications qu'on nous a demandées sur les esquisses biographiques et littéraires que nous avons l'intention de publier.

Ainsi à ceux qui nous ont demandé s'il n'y avait pas témérité de notre part à faire poser les contemporains, si nous ne nous exposions pas à des rancunes, à des haines, à des vengeances peut-être, nous répondons comme l'avocat Toulousain : Je ne crains pas les hommes élevés en dignité.

A ceux qui ont cru que nous n'étions pas dans des conditions d'indépendance assez grandes pour ne dire que la vérité; qui ont pensé que, ne chargeant notre palette que de couleurs mentenses, nous ne présenterions que des portraits flattés, à ceux-là nous répondons : Je n'envie pas les hommes élevés en dignité.

Pour ceux enfin qui, oublieux de notre caractère et de nos habitudes, se sont imaginé que, fouillant dans

la vie privée de nos contemporains, nous allions nous livrer à la médisance, aux petits propos, aux petites passions qui font le charme d'un si grand nombre de petits esprits, pour ceux-là nous n'avons que cette réponse : Je ne dédaigne pas les hommes élevés en dignité.

Ainsi donc, si nous voulions résumer en trois mots ce que ne sera pas notre travail, nous dirions :

Non, ce n'est pas le fouet ardent de Némésis que nous voulons prendre en main.

Non, ce n'est pas le pinceau élégant et flatteur de Lawrence ou de Gérard.

Non, ce n'est pas non plus le crayon spirituel et grotesque de Granville ou de Callot.

Nous nous proposons un but plus élevé, disons-le, plus utile, et pour cela nous avons besoin que la biographie de contemporains tienne fort peu de place dans nos esquisses. Nous savons tout ce qu'elle présente de difficile et d'épineux ; nous savons aussi que son utilité est pour certains esprits fort contestable, et que d'ailleurs elle ne satisferait personne. Mais l'appréciation littéraire et scientifique des hommes du jour, l'influence qu'ils ont exercée ou qu'ils exercent, les progrès qu'ils ont fait faire à la science, la direction qu'ils ont imprimée aux études, un jugement impartial porté sur l'écrivain, sur le professeur et sur le praticien, tout cela est certainement dans les attributions de la presse et peut-être dans ses devoirs. Cet examen peut se faire avec toute indépendance; il est compatible avec les formes de langage les plus mesurées ; il ne doit offusquer que la présomption et l'orgueil, il ne doit être redouté que par la médiocrité vaniteuse.

Si quelques-uns de nos lecteurs ont cru voir dans l'article de M. Vidal sur M. Velpeau un spécimen du travail que nous nous proposons de leur soumettre, c'est qu'ils ont oublié la circonstance qui l'a suscité et qui nous l'a fait accueillir. Nous les prions de se reporter deux numéros en arrière, et ils verront qu'une position exceptionnelle demandait un article exceptionnel.

Quant à nos études sur les anciens, là notre allure sera plus vive et plus franche, nos appréciations moins circonspectes, nos jugemens moins formulés. Elles seront divisées en deux parties : partie biographique et partie littéraire. C'est, il faut le dire, avec délices, qu'oubliant toutes les passions qui s'agitent autour de nous, nous nous livrons à l'étude du passé. Quelque nombreux que soient les travaux sur cette matière, il nous a semblé que tout n'avait pas été dit, qu'on pouvait présenter les anciens sous un point de vue nouveau, que l'histoire des hommes était incomplète et l'appréciation scientifique souvent inexacte. Nous en demandons bien pardon aux historiens et biographes passés et présens, mais nous croyons que l'histoire de notre art n'est pas encore bien faite, et qu'il ne reste plus qu'à glaner dans le vaste champ qu'ils ont cru moissonner. A Dieu ne plaise qu'on nous croie la prétention d'offrir à nos lecteurs une histoire complète de la médecine; ce travail est au-dessus de nos forces, et surtout de nos études, nous ne voulons que détacher par-ci par-là quelques portraits dans cette vaste galerie, les examiner à notre aise, leur redonner, si cela est possible, leurs mœurs, leurs passions, leurs haines et leurs affections, les entourer de leurs contemporains, les replacer dans les circonstances qui les ont faits grands ou médiocres, lâches ou courageux, bons ou méchans ; nous voulons surtout les juger par leurs œuvres, dire ce qu'il y a de légitime dans le culte traditionnel que nous leur accordons, ce qu'il y a d'injuste et d'absurde dans l'enthousiasme qu'affichent certains esprits pour tout ce qui n'est pas de leur époque ; telles sont nos intentions. Tel est le travail que nous voulons offrir à nos lecteurs, et que nous serions heureux qu'ils voulussent bien accueillir avec indulgence.

Nous espérons qu'après ces quelques lignes, les personnes qui ont été à notre égard assez bienveillantes pour craindre que nous ne suivissions une route dangereuse seront rassurées, et que celles qui, par des motifs que nous ne voulons pas examiner, se sont charitablement empressées de nous apporter des matériaux biographiques, seront désabusées.

AMÉDÉE LATOUR.

BULLETIN CLINIQUE.

Les faits, leur interprétation.

SEPTEMBRE 1836.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

(Service de M. le professeur Andral.)

Apoplexie cérébrale. — Cancer du foie et du pancréas. — Hypertrophie du cœur. — Mort.

Salle Saint-Louis, n° 42, fut couché le nommé Portal, âgé de 76 ans, perruquier. Entré à l'hôpital avec les symptômes d'une gastrite chronique, douleur à l'épigastre; digestions pénibles; pesenteur épigastrique, surtout après avoir mangé, sans vomissemens.

Son état était toujours à peu près le même, lorsque, vers le milieu de la journée du 28 juillet 1835, tout à coup sa bouche se tourne, ses membres tombent dans une résolution presque complète, sans qu'il y ait cependant perte absolue de connaissance, et sans qu'il survienne aucune espèce de convulsions.

Ce matin, 29 juillet, il est dans l'état suivant: Les deux globes oculaires sont fortement dirigés à droite, de telle façon que la cornée transparente de l'œil droit, déviée en dehors, touche l'angle externe des paupières, et que celle du côté gauche, fortement tournée en dedans, est en partie cachée par leur angle interne. Fixés dans cette position, les deux yeux jouissent encore d'une certaine mobilité, mais sans que les pupilles puissent être directement ramenées en avant. Les pupilles ont environ une ligne de diamètre et se contractent un peu, mais faiblement, à la lumière.

La bouche est manifestement déviée à droite; la langue parfaitement mobile, sort directement. Les mouvemens du bras gauche, sans être complétement paralysés, sont beaucoup plus faibles que ceux du bras droit. Aux membres inférieurs, au contraire, le *côté droit* a perdu toute espèce de mouvement, tandis que le gauche est encore un peu mobile; de sorte que la paralysie est croisée. La sensibilité est nettement conservée dans tous les points, même aux membres paralysés du mouvement.

L'intelligence, lente et difficile, est cependant encore un peu conservée, car le malade comprend les questions qu'on lui adresse, et y répond, quoique avec difficulté.

Langue rouge et sèche; urines involontaires; 104 battemens artériels par minute; 20 respirations. On observe quelques mouvemens comme antomatiques des doigts et des muscles de l'avant-bras, par lesquels les doigts sont ramenés de l'extension à la flexion, (Saignée de quatre palettes; diète.)

30 Juillet. — Le sang a coulé en bavant; le caillot assez large, peu ferme, n'offre aucune trace de couenne.

Le malade paraît indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Affaissement plus prononcé qu'hier; les deux yeux se rapprochent davantage de leur position naturelle; les pupilles sont plus contractées qu'hier; elles conservent un léger reste de mobilité. La vue est complétement perdue du côté gauche: du côté droit, elle est faible et paraît de temps en temps exister. (On constate cet état de la vue en approchant brusquement le doigt des yeux du malade.) Le membre inférieur *droit*, soulevé et abandonné tout à coup, retombe comme une masse inerte: le *gauche* retombe moins lourdement et se soutient un peu dans sa chûte. Lorsqu'on chatouille la plante des pieds, les deux jambes se retirent par un léger mouvement.

Le malade, complétement étranger à tout ce qui se passe autour de lui, ne répond plus aux questions qu'on lui adresse. (Diète; sinapismes aux membres inférieurs.)

Le 31 juillet.—140 pulsations, 40 respirations; pouls petit; respiration haute, costale. Pas de râle trachéal; état comateux profond. Mort dans la journée, à 9 heures.

Autopsie cadavérique faite le 1er août à 9 heures du matin.

Peu de raideur cadavérique; presque point de vergetures sur les parties déclives. Les pupilles, dans un état de dilatation naturelle, ne sont plus dirigées à droite, comme pendant la vie.

Crâne.—La voûte du crâne enlevée, les vaisseaux de la dure-mère paraissent un peu injectés et une faible quantité de sang s'en écoule. Cette membrane est séparée de la surface du cerveau par une quantité de liquide assez considérable pour la soulever et permettre d'en reconnaître la présence à travers son épaisseur. Lorsqu'on l'incise, une grande quantité de sérosité s'en écoule et produit ainsi un vide qui lui permet de se plisser à la surface du cerveau, comme si sa mesure ne correspondait plus à celle de l'organe et en dépassait les dimensions.

A l'incision du bulbe rachidien, une nouvelle quantité assez considérable de sérosité s'échappe de nouveau, et cette quantité, jointe à la première, équivaut à environ un bon verre de liquide.

L'arachnoïde et la pie-mère sont assez injectées, surtout au niveau des lobes postérieurs du cerveau et à leur

surface convexe où cette injection est poussée au point qu'on croirait, à la première vue, qu'une nappe légère d'un sang noirâtre a été étalée à leur surface. Cette injection de la pie-mère est encore plus prononcée autour du cervelet. A la base du cerveau, l'injection sanguine est presque nulle. Les artères y sont béantes et offrent dans quelques points un commencement d'ossification.

Quant à la surface cérébrale elle-même, elle présente une consistance assez ferme. Les deux substances blanche et grise sont bien nettement dessinées : elles sont le siége d'une infiltration séreuse générale telle, qu'une quantité notable de sérosité suinte des incisions qu'on y pratique, et que le doigt, promené sur la surface des tranches que l'on obtient par sa section, rassemble une quantité de sérosité assez marquée pour la mouiller.

Outre ces caractères généraux qui appartiennent à toute la masse cérébrale, on constate les lésions suivantes :

Substance cérébrale. — 1° Dans l'hémisphère gauche (la substance cérébrale a été incisée dans tous les points par tranches très-minces), on rencontre, au niveau du lobe moyen seulement, plusieurs petits foyers apoplectiques, situés exactement au point de réunion des substances corticale et médullaire. Ces foyers, capables de loger un grain de chenevis, sont remplis par un petit caillot sanguin dont les dimensions correspondent exactement à celles du foyer lui-même. Le caillot enlevé, les parois du foyer offrent une teinte jaune-rouillée très-prononcée, et la substance cérébrale se trouve à leur niveau, ramollie dans la profondeur de près d'une ligne, après quoi elle reprend insensiblement sa consistance.

Au point de jonction du corps strié et de la couche optique, existe une petite cavité avec perte de substance, de la grandeur environ des foyers apoplectiques, qui ont été décrits plus haut, dans laquelle n'existe aucune trace de caillot et dont les parois, d'une teinte grisâtre, offrent un ramollissement qui s'étend dans une épaisseur d'une ligne et demie environ. A cinq ou six lignes plus en arrière, dans l'épaisseur de la partie externe de la couche optique, existe une seconde cavité, exactement semblable à la première, mais un peu plus grande.

Dans tout le reste de l'épaisseur de l'hémisphère gauche du cerveau, les recherches les plus attentives ne peuvent faire découvrir aucune lésion appréciable.

2° Dans l'hémisphère droit et dans l'épaisseur du lobe moyen, existent trois nouveaux petits foyers apoplectiques, exactement semblables à ceux qui existaient dans l'hémisphère gauche, tant sous le rapport de leur siége que sous le rapport de leur étendue, du caillot qu'ils renferment et de la nature de leurs parois. La couche optique, la bandelette demi-circulaire, le corps strié, les tubercules quadri-jumeaux, n'offrent aucune lésion appréciable; mais dans l'épaisseur du pédoncule postérieur de ce même côté, existe une cavité de deux à trois lignes de longueur sur une ligne environ de largeur, située parallèlement à l'axe de ce pédoncule et remplie par un sang noir demi-liquide; les parois paraissent moins profondément ramollies que celles des autres foyers de même nature décrits plus haut, et elles semblent être d'une formation plus récente.

Ventricules. — Les ventricules latéraux et le ventricule moyen, sont très-dilatés et paraissent avoir été distendus par une grande quantité de sérosité.

Le septum lucidum est parfaitement intact, et il en est de même de la surface libre des parois ventriculaires. Toutefois, à la partie postérieure et interne du ventricule gauche, dans l'étendue de près d'un pouce d'avant en arrière, et d'un second pouce de haut en bas, cette surface est terne, plus blanche que les autres points granulés, et cette apparence chagrinée n'est pas sensible seulement pour l'œil, mais aussi pour le toucher. Ces granulations, du reste, paraissent appartenir à la substance cérébrale elle-même.

Quant au plexus choroïde, il offre, sur sa longueur, une réunion de petits kystes séreux, hydatiformes, dont les plus volumineux ont la grosseur d'une petite noix et groupés en forme de grappes.

Protubérance annulaire et Cervelet. — La protubérance annulaire et le cervelet, n'offrent aucune lésion appréciable, avec quelque soin qu'on les examine. La moelle n'a pas été examinée.

Cavité thoracique. — Les deux poumons ont contracté, avec la plèvre costale, des adhérences qui ont lieu à l'aide de brides lâches et cellulenses.

Poumon droit. — Tout le lobule supérieur est le siége d'un emphysème disposé par lobules distincts, s'affaissant immédiatement par l'effet de la section. Le reste de ce poumon est gorgé, surtout dans sa partie postérieure, par un sang noir, mais il conserve toute sa consistance, et son tissu crépite sous la pression. Aucune trace de tubercules.

Poumon gauche. — Il est le siége d'un emphysème plus prononcé, plus étendu, disposé également par lobules distincts et occupant toute la lame antérieure et le sommet du poumon. Le tissu pulmonaire s'affaisse également par la section, mais la moitié postérieure est moins engorgée que le poumon droit. Du reste, il offre de même sa consistance normale et sa crépitabilité, et il est exempt de toute infiltration tuberculeuse et de toute altération appréciable quelconque.

Cœur. — D'un volume plus gros que ne le comporte la nature du sujet, le cœur est enveloppé d'une assez grande quantité de tissu graisseux; sa surface n'offre aucune plaque blanche, et le péricarde est sain. Incisées, ses parois ventriculaires gauches, hypertrophiées, offrent une épaisseur de huit lignes qui n'est point en rapport avec le volume du cœur, petit, comparativement à cette épaisseur; ses cavités ont leurs dimensions normales. La surface interne de l'oreillette gauche est d'un blanc opaque, et on peut, à l'aide de la dissection, en séparer au moins deux feuillets membraneux avant d'arriver à la substance charnue des parois de l'oreillette. Partout ailleurs, la surface interne des cavités du cœur n'offre rien de remarquable.

Valvules. — Les valvules bicuspides sont épaissies

et d'un blanc mat presque nacré. Les valvules sygmoïdes de l'aorte, indurées et épaissies dans leurs points d'insertion, offrent en outre, dans leur épaisseur, un léger dépôt calcaire, disposé sous forme d'aiguille, dont une extrémité appuierait sur le bord adhérent de la valvule, et l'autre se dirigeant vers le bord libre, s'arrêterait à peu près au milieu de la hauteur de cette valvule. Ce dépôt calcaire existe sur deux valvules seulement et ne s'oppose pas encore à leur libre jeu. Les valvules des cavités droites du cœur n'offrent rien de remarquable.

L'aorte offre quelques plaques jaunâtres qui font saillie dans son intérieur. Elle n'est pas encroûtée de phosphate calcaire : ces plaques jaunâtres sont surtout nombreuses, quoique plus petites au niveau de la bifurcation de l'aorte en iliaques primitives.

Cavité abdominale.— Estomac. — Il n'offre aucune altération appréciable. Son volume est normal ; sa muqueuse, d'une couleur naturelle, plutôt pâle que rouge, paraît saine dans toute son étendue. Son épaisseur n'offre rien de remarquable. Enfin, sous le rapport de sa consistance, elle paraît légèrement ramollie. Le reste du canal digestif n'offre rien de remarquable.

Foie. — D'un volume qui dépasse les dimensions moyennes et les plus ordinaires. Çà et là, des tumeurs variant entre le volume d'une petite pomme et celui d'une grosse noisette, d'un blanc-jaunâtre qui tranche avec la couleur rouge foncée du foie à la surface de l'organe, semblent incrustées dans l'épaisseur du foie, de manière à saillir de une à deux lignes : elles sont généralement comme mamelonées à leur surface libre qui est en outre un peu concave.

Çà et là, aussi, le foie offre à sa surface une saillie sans changement de couleur, et qui semble produite par l'effet que feraient d'autres tumeurs qui pousseraient devant elles le tissu du foie, pour se faire jour à sa surface. Coupé par tranches, le tissu du foie paraît lardacé çà et là par les tumeurs encéphaloïdes dont nous venons de parler et dont nous avons vu quelques-unes déborder la surface. Ces tumeurs offrent toutes les dimensions possibles, depuis celle d'un grain de chenevis jusqu'à celle d'une petite pomme. Elles contrastent par leur couleur blanche-jaunâtre avec le tissu du foie dans lequel la portion vasculaire (substance rouge) est très-développée, et qui est parsemée d'une foule de petites granulations blanchâtres qui paraissent n'être autre chose qu'un rudiment des tumeurs plus volumineuses qui envahissent son tissu. Examinées isolément, ces tumeurs offrent les caractères suivans :

Les plus petites, d'une teinte jaune-blanchâtre uniforme, paraissent formées d'une substance parfaitement homogène et offrent, sous le tranchant une certaine résistance. Celles qui offrent des dimensions moyennes, présentent exactement les mêmes caractères ; mais de plus, elles offrent à leur centre une injection vive, pointillée ; enfin, les plus volumineuses présentent au centre de la portion injectée une décoloration complète, avec ramollissement au niveau de ces portions décolorées ; de sorte qu'on trouve, en procédant de leur circonférence à leur centre, d'abord une sorte de couronne blanche-jaunâtre, d'un tissu absolument semblable à celui qui constitue entièrement les plus petites tumeurs, puis une seconde couronne vasculaire, rouge, pointillée comme dans le centre des tumeurs, d'un volume moyen, puis enfin une portion ramollie, décolorée, qui occupe exactement le centre et qui se trouve cernée par les deux couronnes précédentes.

Ainsi, on voit un premier tissu anormal apparaître dans l'épaisseur du foie ; à mesure que ce tissu prend du développement, on voit son centre se vasculariser, puis enfin, par un développement plus considérable encore, se ramollir et dégénérer en une sorte de détritus blanchâtre.

La vésicule est distendue par une bile noirâtre, bien formée ; elle n'offre aucun genre d'altération appréciable.

Le pancréas offre dans son épaisseur, plus loin de son extrémité gauche que de son extrémité droite, une tumeur du volume d'un gros œuf, dont les caractères sont absolument les mêmes que ceux des plus grosses tumeurs cancéreuses du foie que nous avons décrites plus haut. En dehors de cette tumeur, son tissu incisé se trouve engorgé d'un liquide comme muqueux. Ce qui fait penser que peut-être la tumeur, comprimant les vaisseaux excréteurs, a fait refluer vers l'organe les sucs pancréatiques qui tendaient à en sortir.

La rate est saine.

Les reins sont sains ; seulement la surface du rein droit se trouve incrustée de deux petits kystes séreux, dont le plus grand a le volume d'un gros pois qui pénètre dans le tissu même du rein, tandis que l'autre en soulève la membrane propre.

La vessie, distendue par une grande quantité d'urine, n'offre, du reste, aucune lésion appréciable.

Hémorrhagie de la protubérance annulaire. — Hypertrophie du cœur. — Mort.

Le nommé Cagé, Bernard, âgé de 53 ans, portier, né à Dijon (Côte-d'Or), fut reçu le 30 juillet 1836, à deux heures de l'après midi, et couché au n° 11 de la salle Saint-Louis. Sa femme, qui l'amena, nous raconta qu'il avait eu, en 1832, le choléra asiatique, seule maladie qu'elle lui ait connue, et qui fut chez lui très-intense. Cependant, il s'en était remis assez bien, lorsque, vers le mois de février 1836, il fut pris, après des étourdissemens, de céphalalgie, dont le siége ne peut être précisé, puis bientôt d'embarras marqué dans la parole, qui persista, et fut même le seul symptôme éprouvé par le malade, à cette époque, et pour lequel une large saignée du bras lui fut pratiquée.

Le 12 mai, de la même année, perte de connaissance, encore précédée de céphalalgie, de vertiges et suivie d'une paralysie du mouvement des deux membres du côté gauche (saignée et autres soins convenables). Depuis ce temps, l'ouïe du côté gauche fut plus

dure : la tête faible, les idées interrompues et le malade fut livré à des envies fréquentes de dormir. Quant à l'hémiplégie, elle fut notablement amendée par des bains ou fumigations pris à l'hôpital Saint-Louis, et dont l'usage était interrompu depuis six semaines. Assez ingambe pour remplir les fonctions de portier, il avait contracté l'habitude de rester souvent assis au soleil sur la porte. Depuis plusieurs jours, il y était resté exposé aux fortes chaleurs qui eurent lieu : alors, la céphalalgie fréquente et presque habituelle s'exaspéra.

Le 29 au soir, il se coucha à dix heures, assez bien portant, n'ayant commis aucun excès, n'ayant pas éprouvé de vives contrariétés. La nuit, il dormit d'un profond sommeil, et, à ce que sa femme crut remarquer, ronfla plus bruyamment qu'il n'avait l'habitude de le faire depuis sa dernière attaque. Le 30 au matin, il se leva à six heures, sans état particulier, et à neuf heures, gêne plus marquée dans la parole, et probablement aussi quelque nouveau phénomène dans l'état du côté gauche, car on vit le malade saisir plusieurs fois la main de ce côté avec la droite, et la frotter fortement. Peu d'instans après, le malade tomba sans connaissance, état qui persista jusqu'à son arrivée à l'hôpital, et qui ne fut pas interrompu même par un vomissement bilieux, verdâtre, assez abondant, qui eut lieu une heure environ avant son entrée. Chez lui, on lui fit une saignée du bras, qui coula peu.

A l'entrée, à deux heures : — Décubitus dorsal : perte complète de connaissance ; face pâle ; bouche entr' ouverte, nullement déviée ; yeux fermés, et lorsqu'on les ouvre avec le doigt, on constate que le regard est fixe, que les pupilles, d'une ligne de diamètre environ, sont également contractées et immobiles, même à l'action d'une vive lumière. La face n'est point déviée ; la respiration profonde, fréquente, n'est encore accompagnée d'aucun râle.

Les mouvemens du cœur ont lieu avec une impulsion vigoureuse, sèche et concentrée, pour ainsi dire ; les bruits présentent la même nuance, sans être accompagnés de souffle ou tout autre bruit normal. Le ventre ne paraît nullement douloureux : l'urine et les matières fécales sont encore retenues. La sensibilité, très-obtuse partout, paraît l'être bien plus à gauche.

Le bras et la jambe de ce côté, soulevés, paraissent raides, surtout le bras qui est légèrement plié sur la poitrine et offre une sorte de résistance, mais très-faible. Les membres du côté droit, au contraire, sont mous et flasques et retombent sur l'oreiller. (Saignée d'une livre ; vingt sangsues derrière chaque oreille ; lavement purgatif).

Dans la soirée, il est pris de secousses et de tremblement général sans contracture. (Nouveau lavement purgatif. Mort à huit heures du soir.)

Autopsie le 31, à neuf heures du matin par un temps sec.

Rigidité cadavérique peu prononcée.

Abdomen. — Point d'épanchement dans cette cavité. La vessie est considérablement distendue par une urine claire. Vers la fin de l'intestin grêle, on remarque une ou deux plaques de Peyer, développées, sans rougeur aucune et sans pointillé. Le foie est noirâtre et gorgé de sang.

Poitrine. Les poumons sont noirs et gorgés de sang, surtout à leur partie postérieure. Leur partie antérieure est le siége d'un emphysème très-développé des deux côtés : du reste, aucune trace de tubercule. Peu ou point de sérosité dans le péricarde. Le cœur, très-développé, surtout pour le ventricule gauche, présente, de la pointe à la base du ventricule gauche, quatre pouces et demi. Largeur au milieu des ventricules, un peu plus de quatre pouces et demi. Trois pouces et quelques lignes appartiennent en avant au ventricule gauche, qui offre aussi un diamètre antéro-postérieur de beaucoup supérieur à ce qu'il est dans l'état normal. Les cavités droites, remplies d'un sang noir figé, en caillots, ne présentent rien d'anormal à leur intérieur. L'épaisseur du ventricule a deux lignes et demi environ ; l'oreillette gauche n'offre rien de remarquable ; le ventricule gauche est ferme, d'un tissu dense et serré : épaisseur de ses parois, au milieu, dix lignes. Les colonnes sont très-larges et très-dures ; la valvule mitrale présente une plaque cartilaginense irrégulière, tout à fait analogue au tissu jaune des artères, présentant environ quatre lignes dans son plus petit diamètre, et sept ou huit dans son plus grand. Les valvules sygmoïdes de l'aorte offrent seulement un peu de consistance cartilagineuse au niveau de leur insertion à l'aorte et au niveau du tubercule d'Arontius.

Tête. — Le cuir chevelu, incisé, laisse échapper, à sa partie postérieure, une grande quantité de sang noirâtre. Le crâne offre des parois très-épaisses, dont le minimum est de trois lignes environ.

Les vaisseaux des méninges sont aussi distendus à la partie postérieure. Ouverte, la cavité de l'arachnoïde ne présente aucune trace de sérosité : la surface du cerveau paraît un peu lâche. Les circonvolutions de la face supérieure présentent en outre un aspect très-remarquable ; elles sont presque complétement effacées : on dirait une surface unie, sur laquelle sont dessinées quelques lignes légères et presque sans dépression. Les vaisseaux qui rampent à sa surface sont tous noirs et remplis de sang, surtout ceux de la partie postérieure. Plusieurs présentent des plaques jaunâtres, épaissies.

La substance blanche est pointillée en incisant couche par couche. Le cerveau étant encore adhérent au crâne, on arrive à gauche en incisant couche par couche, jusqu'à la hauteur de cette substance ; là on rencontre une surface qui paraît la portion la plus haute du ventricule distendu dont elle forme le plafond. Cette sorte de lame est coloriée en rouge par un pointillé très-évident et très-gros. En incisant un peu plus de ce côté, on rencontre un foyer énorme rempli de sang noir, s'étendant dans le ventricule de ce côté. Les parois de ce ventricule, ramollies et diffluentes, sont injectées par une coloration rouge et de plus, surtout en certains points, offrent la couleur chocolat, ou la teinte jaune-rouille.

La voûte à trois pilliers, la cloison inter-ventriculaire sont détruites et réduites en bouillie, offrant sur le caillot énorme l'apparence de franges blanches ou présentant toute la coloration que nous avions trouvée dans les parois du ventricule gauche.

On constate que la couche optique et le corps strié sont détruits, réduits en pulpe, et qu'ils paraissent avoir été le point de départ de tous les désordres du ventricule moyen, ramolli; le caillot s'étend dans tout le ventricule droit dont les parois sont ramollies sans être pour cela décolorées. De plus, au niveau du point de jonction du corps strié et de la couche optique du côté droit, on rencontre deux cavités du volume d'un pois, remplies d'un peu de sérosité et de filamens minces faciles à déchirer, encore mal organisés, anciens kystes d'épanchemens antérieurs. Le tissu est ramolli autour d'eux, enfin, un désordre non moins grave. La protubérance annulaire, incisée transversalement, nous a présenté huit ou neuf foyers sanguins de la grosseur d'un pois et au dessous, jetés irrégulièrement dans son intérieur.

Réflexions.

Ces faits viennent à l'appui de l'opinion de ceux qui pensent que l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur est une cause productrice de l'hémorrhagie cérébrale; malgré qu'on en ait nié l'existence dans ces derniers temps, nous croyons pouvoir dire que ces cas ne sont pas aussi rares qu'on l'a pensé. Si on ouvre les auteurs qui ont traité des maladies du cœur, on en rencontre plusieurs exemples. M. Andral (1) admet que l'hypertrophie du cœur peut produire dans le cerveau : 1° un premier degré de congestion, annoncé seulement par la céphalalgie, des vertiges, des étourdissemens; 2° un second degré de cette même congestion, assez forte pour produire une perte complète de connaissance et de tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale; 3° cette hémorrhagie elle-même. M. Bouillaud (2) a cité plusieurs exemples d'hypertrophie du cœur avec coïncidence de l'hémorrhagie cérébrale; on se rappellera en outre que trois illustres médecins, Malpighi, Cabanis et Ramazzini, enlevés à la science par des attaques d'apoplexie foudroyante, étaient affectés d'hypertrophie du ventricule aortique. Enfin, nous croyons pouvoir dire avec M. le professeur Richerand, que cette affection est une prédisposition plus prochaine à l'apoplexie que la *constitution* dite *apoplectique*.

C. Hamon.

(1) Clinique médicale, troisième édition.
(2) Traité des maladies du cœur.

CLINIQUE DE VILLE.

Bureau de charité du huitième arrondissement.

Deuxième cas de paralysie de la 7e paire, observé et guéri; par M. Laurens, d'Albi, docteur en médecine.

La dame Morel, âgée de 62 ans, de Paris, domiciliée rue Traversière, n° 9, faubourg Saint-Antoine, d'un tempérament bilioso-sanguin, sujette à avoir la migraine, fut prise, le 24 juillet 1836, d'un mal de tête plus intense qu'à l'ordinaire, avec des envies de vomir. A la suite de ces symptômes, elle eut une paralysie de mouvement du côté gauche de la face, que ses voisines aperçurent avant elle, frappées qu'elles furent de la déviation de la face du côté non paralysé.

Le 25 juillet, voici l'état dans lequel je la vis à la consultation : bouche déviée à droite; impossibilité de froncer le sourcil et d'abaisser complétement la paupière supérieure du côté paralysé, qui conservait toute sa sensibilité : gêne de la mastication et de l'appréhension des boissons. Les masséters et les temporaux se contractaient. Antérieurement, la malade n'avait pas eu de maladies d'oreilles, de dents, ni des tumeurs ou des abcès sur le trajet des nerfs faciaux.

Je prescrivis une fumigation de la partie paralysée, tous les jours, faite avec la vapeur d'infusion de fleurs de sureau. La malade plaçait à cet effet sa tête au-dessus d'un vase rempli d'infusion et recevait la vapeur après avoir enveloppé la tête et le vase dans une serviette. La malade faisait trois ou quatre fois par jour des frictions sur le côté paralysé avec le mélange suivant :

Pr. :	Teinture de noix vomique.	1 gros.
	Esprit de mendérérus.	2 onces.
	Eau distillée.	4 onces.

Ce traitement, continué avec persévérance, du 25 juillet au 15 août, n'avait produit qu'une légère amélioration. La malade avait beaucoup d'étourdissemens; son pouls était élevé. Je fis faire, le 15, une saignée de trois palettes. Le 17, je fis prendre une once de sel de Glauber dans une tasse de bouillon d'herbes. Les étourdissemens cédèrent à l'influence de cette médication. La première partie du traitement n'avait pas été suspendue.

Le 19, l'amélioration est plus marquée. La paupière supérieure peut presque recouvrir l'œil; la déviation est moins apparente.

Le 20, je prescrivis de nouveau une once et demi de sel de Glauber dans une tasse de bouillon d'herbes. Il y eut superpurgation, à la suite de laquelle l'amélioration fut plus marquée.

Le 25, nouveaux étourdissemens; pouls élevé; saignée de trois palettes. La malade va beaucoup mieux. L'œil se ferme; il n'y a presque plus de déviation.

Le 29, la guérison est complète. Je fais suspendre les frictions et les fumigations qui avaient toujours été continuées. Deux onces de sel de Glauber, en deux doses prises à deux jours d'intervalle, sont prescrites.

Le 2 septembre, la guérison se confirme. Je prescris deux bains et fais cesser toute médication.

A la suite des frictions, j'ai remarqué, comme dans la première observation consignée dans ce recueil, que l'œil du côté paralysé a coulé beaucoup et que des tiraillemens spasmodiques se manifestaient de temps à autre dans les muscles qui avaient perdu leur motilité.

Si maintenant nous comparons ce deuxième fait au premier que nous avons publié, nous verrons qu'ici la paralysie du mouvement est venue à la suite d'une migraine; que dans le premier cas, elle est survenue à la suite d'un refroidissement; que le premier sujet n'avait que 33 ans, tandis que le deuxième en a 62. La différence d'âge et la différence de la cause, plus ou moins opiniâtre dans son action, à laquelle a succédé la paralysie, nous rendent compte de la promptitude de la guérison dans le premier cas, et du plus de persévérance qu'il a fallu dans le deuxième pour arriver à une guérison complète. LAURENS, d. m. P.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MEDICO-CHIRURGICALES.

SEPTEMBRE 1836.

Du traitement de certaines ophthalmies aiguës par les vésicatoires volans sur la face cutanée des paupières.

(DEUXIÈME MÉMOIRE (1)).

La médication dont il va être question dans ce mémoire, semble d'abord tellement contraire aux principes de la saine thérapeutique, qu'il est indispensable de rappeler avant tout les motifs qui m'ont porté à l'essayer. Appliquer un vésicatoire sur le devant de l'œil, en effet, et de manière à couvrir toute la base de l'orbite, ne manquerait pas de faire crier à la témérité, de paraître excessivement dangereux, si de bonnes raisons n'étaient immédiatement invoquées à l'appui d'une pareille pratique, d'une pratique en apparence aussi hardie. Voici donc les voies qui m'y ont conduit; j'y suis arrivé successivement par l'analogie, par l'examen anatomique des vaisseaux de l'œil et par l'expérimentation.

Ayant remarqué que des ophthalmies qui avaient résisté jusque-là aux divers moyens dirigés contre elles, disparaissaient quelquefois brusquement à l'occasion d'un érysipèle à la face, je me demandai s'il ne serait pas possible de transformer cet accident en règle, d'établir à volonté sur le visage une sorte d'érysipèle momentané; je crus entrevoir enfin qu'une vive inflammation artificielle maintenue pendant quelques jours aussi près que possible de la partie malade, opérerait une révulsion puissante et pouvait devenir un résolutif des plus efficaces dans plusieurs maladies de l'œil. Des difficultés, des craintes diverses m'arrêtaient cependant. Placés à la nuque, les vésicatoires réagissent souvent d'une manière plus nuisible qu'avantageuse sur les inflammations oculaires; sur la face, autour de l'orbite, j'avais à redouter le même inconvénient et qu'ils laissassent des traces indélébiles. En les appliquant sur les paupières, j'allais déterminer une fluxion capable d'aggraver considérablement l'ophthalmie. Convaincu par des essais d'un autre genre que, posés sur des tissus fortement enflammés, les vésicatoires calment plutôt qu'ils n'exaspèrent les symptômes, je résolus enfin de tenter ce dernier mode de traitement. Pour ne compromettre ni la vue, ni la santé générale d'aucun sujet, je dus attendre une des ces phlegmasies chroniques et rebelles qui, en vascularisant la cornée, mettent les malades dans un état voisin de la cécité, sans que rien puisse les faire rétrograder. L'occasion ne tarda pas à s'en présenter.

Un malheureux soldat de l'armée d'Afrique, presque aveugle depuis deux ans, avait la cornée tellement vasculaire et la face interne des paupières tellement fongueuse, que je pensai ne lui faire courir aucun risque en le soumettant à ce moyen, après avoir vainement employé la cautérisation, l'excision et les autres ressources communément vantées en pareil cas. En conséquence, je lui fis appliquer sur le devant de chaque orbite un large vésicatoire, qui ne fut enlevé que le lendemain. La douleur avait été vive, mais superficielle; loin d'avoir pris une nouvelle intensité, les souffrances parurent manifestement moindres à partir de ce moment. Ce n'est pas sans en être surpris, je l'avoue, que je vis la rougeur, le boursouflement, la vascularisation, diminuer au lieu d'augmenter sous un semblable topique dès le deuxième jour. Le mieux, qui alla en augmentant pendant une semaine, restant ensuite stationnaire fit que j'appliquai deux nouveaux vésicatoires sur les paupières. Leur effet fut le même que la première fois, et ne se prolongea pas davantage. C'en était assez toutefois pour m'enhardir, et je me promis bien de ne plus être aussi timide. Une jeune fille, âgée de dix-huit ans, mal réglée, scrofuleuse, affectée depuis longtemps de kératite de blépharophthalmie, ayant épuisé sans succès toutes les ressources de la pharmacopée, vint d'ailleurs s'offrir, en quelque sorte d'elle-même et comme malgré moi, à l'action du vésicatoire volant. Cette fois l'effet en fut si prompt et si manifeste que la maladie, qui était aiguë, accompagnée de larmoiement et de photophobie intense, s'éteignit presque complétement en moins de dix jours. Comme l'intérieur du nez et toute l'étendue des voies lacrymales étaient également enflammées depuis plusieurs mois, les accidens ne tardèrent pas à revenir cependant, et de manière à solliciter bientôt l'emploi d'un nouvel épispastique, qui n'amena cette fois qu'une amélioration de peu de durée, et auquel je crus devoir renoncer peu de temps après chez ce sujet.

Le résultat obtenu chez ces deux malades, sans être tout à fait concluant, était pour moi d'une valeur immense. J'avais ainsi acquis la preuve que, dans certaines variétés d'ophthalmie, soit chronique, soit aiguë, un vésicatoire sur le devant de l'orbite est au moins sans inconvénient, et que dès lors je pouvais en étendre l'emploi avec un peu plus de sécurité.

Cherchant à me rendre compte de son action tout en

(1) Cet article qui, par erreur avait été omis, appartient au n° d'août 1835, et fait suite au premier mémoire inséré dans le n° de mai 1835, tome 34 de l'*Encycl.* A*., p. 82, et doit précéder celui que nous avons donné t. IX, 2e série, F., p. 65.

continuant mes expériences, désirant aussi en préciser l'efficacité, je dirigeai mon attention vers la distribution des vaisseaux de l'orbite. Ce genre de recherches m'ayant appris que les artères qui arrivent à la cornée ou à l'iris appartiennent aux vaisseaux ciliaires, tandis que celles des paupières et de la conjonctive sont fournies uniquement par les musculaires, la branche lacrymale, la nasale et divers rameaux des artères de la face, me permit de comprendre, en partie du moins, ce que j'avais déjà observé, et de distinguer *à priori* les cas qui se trouveraient le mieux de l'usage du vésicatoire. Le raisonnement sur lequel je me fondais est le suivant : un épispastique sur le devant de l'œil n'attire une si forte fluxion, une si grande quantité de fluides dans l'épaisseur des paupières, qu'aux dépens des vaisseaux qui sillonnent l'extérieur de la tête et de la cavité de l'orbite. Or, ne peut-on pas présumer que, par cela même qu'elle est fortement activée dans ces vaisseaux, qui sont nombreux et très-gros, la circulation se trouve ralentie en même proportion dans les branches ciliaires et l'artère centrale de la rétine, les seules qui entrent dans l'intérieur de l'œil? Une pareille supposition conduirait à établir que le vésicatoire est surtout efficace dans les ophthalmies internes, l'iritis, les inflammations de la cornée et de la conjonctive oculaire, toutes les fois enfin qu'il importe de diminuer l'afflux du sang dans la coque oculaire.

Poursuivant mon examen des artères, j'ai vu que leur distribution finale me donnerait facilement la clé dont j'avais besoin pour déterminer par quel plan de vaisseaux telle ou telle ophthalmie est véritablement entretenue. L'inflammation occupe-t-elle la face interne des paupières? Si la rougeur et la vascularisation vont en augmentant à mesure qu'on se rapproche des cils, elles sont entretenues par les artères palpébrales, et devraient être augmentées par le vésicatoire. Si la teinte rouge est plus foncée, ou va en augmentant d'intensité au contraire, en se portant du côté de l'orbite, elle appartient à la conjonctive et se trouve sous la dépendance des artères musculaires qui, n'arrivant pas jusque dans le tissu des paupières, permettent d'accorder théoriquement quelque confiance au vésicatoire.

Lorsque la maladie occupe le devant de l'œil, elle est caractérisée par une coloration qui, comme pour les paupières, va en se fonçant davantage du côté de l'orbite ou vers la cornée. Dans le premier cas, le plan vasculaire est mobile, violacé, à rameaux tortueux; il appartient à la conjonctive, vient des artères musculaires, et semble de nature à pouvoir être modifiée heureusement par l'emploi du vésicatoire. Dans le second cas, la rougeur est plus profonde, plus vive, tout à fait fixe, à rameaux parallèles, sous l'influence des artères ciliaires, et l'indice d'une lésion de la cornée ou de l'iris, d'une lésion que le vésicatoire doit naturellement tendre à entraver.

Ainsi, la théorie, fondée sur les fonctions des vaisseaux de l'œil ou de ses annexes, indique, d'une part, quels sont les tissus dont les inflammations peuvent être amoindries par le vésicatoire; et de l'autre, quel est le genre de tissu malade quand la vascularisation offre tel ou tel caractère anatomique. En procédant de cette façon, j'arrive à présumer que le vésicatoire volant, sur les paupières, convient essentiellement dans les cas où la phlegmasie est alimentée par les artères musculaires, les ciliaires et la centrale de la rétine. C'était à l'expérience de faire le reste, à confirmer ou bien à infirmer ces inductions. J'ai donc continué à l'interroger. Voyons maintenant quel en a été le langage et si elle autorise de nouveaux essais, s'il est réellement téméraire, comme on serait disposé à le penser de prime abord, d'appliquer un vésicatoire volant sur les paupières d'un sujet affecté d'ophthalmie aiguë.

Mes essais ont porté jusqu'ici sur divers cas de blépharophthalmie, aiguë et chronique, sur la kératite ancienne avec vascularisation profonde de la cornée, sur la kératite aiguë, traumatique et spontanée, avec ou sans suffusion, avec ou sans ulcères de la cornée, sur les inflammations purulentes de la chambre antérieure et de la cornée, dans les cas d'hypopyon, par exemple, et de fonte purulente de la cornée à la suite de l'opération de la cataracte par extraction, sur les taches diverses de l'œil avec ophthalmie intense, sur la kératite accompagnée de vive photophobie; sur les ophthalmies catarrho-rhumatiques, sur l'iritis ou l'ophthalmie intense, et sur la suffusion récente des chambres de l'œil, par suite d'une lésion du cristallin. J'avais besoin de ces tentatives variées pour arriver à quelques résultats positifs. Aujourd'hui que j'ai fait appliquer ainsi plus de cinquante fois le vésicatoire, je crois être en mesure d'en indiquer les principaux effets d'une manière assez précise pour mettre les praticiens à même de les juger, et d'en tirer parti.

§ 1. *Effets du vésicatoire pouvant inspirer des craintes.*

1° Dans aucun cas, les vésicatoires volans, appliqués sur les paupières, n'ont aggravé la maladie de l'œil. Le seul malade qui ait semblé en éprouver des accidens était affecté tout à la fois de leucoma, d'ulcère à la cornée, de kératite aiguë, d'ophthalmie catarrho-rhumatique, de tumeur lacrymale, d'anchylops et d'érysipèle des paupières avec fièvre. L'érysipèle prit une grande extension sous l'épispastique; la réaction générale augmenta d'intensité, et une fluctuation purulente fort large ne tarda pas à se montrer du côté du grand angle; mais l'ophthalmie proprement dite et les altérations de la cornée diminuèrent en même proportion. Jamais l'inflammation de la conjonctive, jamais les taches, les épanchemens, les ulcères, les ulcérations, les infiltrations, la suffusion, la suppuration de la cornée, jamais le trouble de la chambre antérieure ne se sont exaspérés, n'ont pris une marche plus rapide, ou une plus grande extension, sous son influence, que, d'après toutes les probabilités, ils ne l'eussent fait sans lui. J'insiste sur ce point, parce que le premier obstacle qui arrêtera le chirurgien dans l'emploi de ce moyen sera manifestement la crainte de nuire. Eh bien! j'ose affirmer qu'il n'y a rien à redouter sous ce rapport, et qu'un vésicatoire sur le devant

de l'orbite est infiniment moins dangereux, eu égard aux ophthalmies, que sur le côté de la poitrine relativement à la pleurésie par exemple.

2° Non-seulement le vésicatoire sur les paupières n'augmente pas les phlegmasies de l'œil, absolument parlant; mais encore il n'en exaspère nullement la douleur. Les souffrances qu'il cause sont celles d'un vésicatoire sur toute autre partie du corps, et les malades savent fort bien les distinguer des douleurs qui appartiennent aux tissus primitivement enflammés.

3° Reste une dernière inquiétude à dissiper. Des applications répétées de vésicatoires volans sur les paupières ne laisseront-elles pas des traces désagréables et indélébiles à la face? Qu'on se rassure encore à ce sujet. Comme il ne s'agit point d'entretenir la suppuration d'un pareil exutoire, comme on doit au contraire s'empresser de le faire sécher, la surface du derme n'en souffre aucunement; le réseau de Malpighi et l'épiderme lui-même reprennent bientôt tous leurs caractères primitifs. Une simple tache rougeâtre, qui disparaît au bout de quinze jours ou un mois, en forme toutes les suites. Chez un jeune garçon, âgé de douze ans, qui en a eu quatre sur le même œil, à dix jours de distance, il n'en reste pas la moindre trace aujourd'hui, quinze jours après la dessiccation du dernier. Il est d'ailleurs bien connu des médecins que les vésicatoires n'altèrent ni la couleur, ni la souplesse de la peau, et on ne voit pas pourquoi ils produiraient d'autres effets, sous ce point de vue, aux paupières, que sur toute autre région du corps.

4° Le seul reproche que je pourrais adresser aux vésicatoires sur le devant de l'orbite, c'est qu'ils disposent d'une manière toute particulière le bord de la paupière supérieure à l'orgelet. Toutefois ce léger accident est encore assez rare, car je ne l'ai observé que quatre fois sur le nombre indiqué plus haut. En outre, comme il ne se montre que vers la fin de la dessication qu'au moment où l'épispastique a produit sur l'œil tout l'effet qu'on est en droit d'en attendre, je ne sais jusqu'à quel point on doit en tenir compte.

§ II. *Effets avantageux du vésicatoire.*

Voilà pour les inconvéniens. Passons maintenant aux avantages, aux effets thérapeutiques d'un pareil moyen, et commençons par ce que ces effets peuvent avoir de commun dans les différentes maladies de l'œil; nous arriverons ensuite à quelques unes de ces maladies en particulier.

Les effets du vésicatoire sur les paupières sont de deux sortes : les uns immédiats; les autres secondaires.

A. *Effets immédiats.*

S'il y avait de *la douleur* de tête, on reconnaît presque toujours qu'elle a diminué, lors de la levée du vésicatoire. Souvent même il n'en existe plus du tout alors. Plusieurs malades se plaignent vivement, il est vrai, mais si on les questionne avec soin, on acquiert bientôt la conviction que leurs souffrances se sont, pour ainsi dire, concentrées à la surface des paupières, qu'il y en a manifestement moins dans l'orbite et dans le reste du crâne qu'auparavant.

L'*infiltration*, le *gonflement* sont cutanés, tantôt très-prononcés, tantôt légers, tiennent l'œil fermé, et la phlogose de la peau empêche de pouvoir écarter les bords palpébraux l'un de l'autre. Aussi est-il assez difficile, dans ces premiers momens, de reconnaître l'état des parties sous-jacentes. Avec de l'insistance et quelques précautions on y parvient cependant. Dans ce cas on constate :

1° Que la photophobie et le larmoiement sont moindres;

2° Qu'il en est de même de la rougeur et de l'épaississement de la conjonctive oculaire;

3° Que les ulcères tendent à se déterger, à se modifier :

4° Que le trouble, la suffusion de la cornée et de l'humeur aqueuse commencent à diminuer, ou, au moins qu'ils n'ont pas fait de progrès;

5° Que la même chose a lieu pour la suppuration et les épanchemens de matière purulente ou de lymphe concrescible;

6° Que l'état général du sujet s'est amélioré, et que tous les symptômes de réaction se sont amoindris.

B. *Effets consécutifs.*

Dans quelques cas, que j'indiquerai tout à l'heure, les effets du vésicatoire se bornent à ceux que je viens de signaler; dans les autres, une série de changemens favorables ne tarde pas à se produire, et de manière que l'amélioration augmente encore le cinquième, le sixième et même le huitième jour. C'est à tel point que le mieux ne devient tout à fait manifeste qu'à partir du moment où la plaie du vésicatoire commence à se dessécher franchement.

Le plus remarquable et le plus important, tout à la fois, de ces changemens, est celui qui concerne le trouble des milieux transparens de l'œil. J'ai constamment vu ce trouble, pris à l'état aigu, diminuer sous l'influence du vésicatoire, mais diminuer d'une manière véritablement surprenante, que la lymphe soit déposée au fond d'un ulcère, dans l'épaisseur de la cornée, épanchée sous forme d'hypopyon commençant ou d'onglet dans la chambre antérieure; qu'elle soit rassemblée en masse ou en plaques, elle ne s'en dissout pas moins comme par enchantement, et de telle sorte que la clarification de la cornée ou de l'humeur aqueuse semble être le but spécial du vésicatoire.

Un autre effet presque aussi constant que le précédent, mais qui n'est pas aussi prompt, est l'extinction de la phlegmasie dans la conjonctive, puis dans la cornée. S'il y a chémosis, on voit d'abord la membrane perdre un peu de son épaisseur, de son boursoufflement; puis de sa teinte, et de sa vascularisation : ensuite elle pâlit tout à fait, principalement en haut, puis en bas, et enfin vers les angles oculaires. L'anneau radié du peur-

tour de la cornée s'efface ou disparaît en second lieu, s'il n'y a ni ulcère, ni taches, ni altération indélébile dans le tissu de la tunique vitrée de l'œil. Du reste, la crainte de la lumière et l'écoulement des larmes diminuent à peu près dans la même progression. J'ajouterai néanmoins qu'une fois modifiés, les ulcères de la cornée se comportent ensuite comme de coutume, et que d'autres moyens peuvent être nécessaires pour en hâter la cicatrisation.

Il résulte de ces détails, que le vésicatoire sur le devant de l'orbite ne convient pas également dans tous les genres d'ophthalmies ; qu'il est surtout efficace en favorisant la dissolution ou la résorption des matières qui tendent à obscurcir la cornée ou les humeurs diaphanes de l'œil, et que son emploi est encore indiqué dans les inflammations aiguës, étrangères aux paupières, ou qui ont pour siége quelques-unes des tuniques oculaires, ou les divers tissus contenus dans l'orbite. Une revue des affections que j'ai combattues par ce moyen, va nous montrer jusqu'à quel point de semblables conclusions sont justifiées par l'étude des cas particuliers.

Kératite ancienne.—Lorsque des vaisseaux nombreux se sont développés dans le tissu de la cornée, et que cette membrane est comme villeuse à sa surface, sans avoir perdu complétement sa transparence, la maladie est ordinairement tellement ancienne, et d'une si grande ténacité, qu'on ne doit rien, ou presque rien attendre du vésicatoire volant. C'est par cette maladie cependant que j'en ai commencé l'usage. Un des malades eut deux vésicatoires sur chaque œil, à dix jours d'intervalle. Il en résulta une amélioration immédiate assez prononcée chaque fois, mais qui ne se maintint pas, et qui ne fut suivie d'aucun mieux secondaire notable. Comme cet homme avait en même temps un boursouflement granuleux énorme dans la conjonctive palpébrale, son observation ne paraîtra peut-être pas assez concluante ; mais le sujet de l'observation III, qui n'avait point de blépharite, dont la cornée était tout aussi malade, et sur les paupières duquel j'ai appliqué quatre vésicatoires, comme dans le cas précédent, n'en ayant pas retiré de meilleurs effets, j'ai considéré la question comme jugée, et n'ai plus employé depuis le vésicatoire dans les simples vascularisations de la cornée.

Kératite aiguë. — Les phlegmasies aiguës de la cornée ont toutes été modifiées avantageusement par l'emploi du vésicatoire. Il en est quelques-unes néanmoins dont il ne fait disparaître que certains symptômes, ou qu'il n'empêche pas de reparaître bientôt. C'est ce qu'on voit dans l'observation II. Chez cette jeune fille, la kératite, quoique ancienne, était de temps en temps fort aiguë. La cornée n'était ni dégénérée, ni profondément vascularisée ; mais elle se couvrait souvent de petits abcès ou d'ulcères, et les voies lacrymales, ainsi que le nez, étaient le siége d'une inflammation chronique, que rien n'avait pu dompter. Le premier vésicatoire eut un succès qui me surprit, mais la maladie revint et ne fut que légèrement améliorée par le second. Ici l'affection de l'œil me parut être sous l'influence de la constitution évidemment scrophuleuse du sujet.

Une autre femme, prise de kératite depuis huit mois et d'une photophobie telle, que, pendant tout ce temps, il ne lui avait pas été possible d'écarter les paupières, excepté le soir, obtint du vésicatoire une amélioration plus durable. Seul, il mit la malade en état de supporter le contact de la lumière, sans être aussitôt tourmentée de larmoiement et d'éternuement répétés. La rougeur et les autres caractères de l'ophthalmie aiguë se dissipèrent aussi en grande partie sous son influence ; mais la cornée conserva l'aspect terne de son centre et la vascularisation périphérique qu'elle avait auparavant. Dans ce cas encore, l'altération des tissus était trop profonde et trop ancienne pour que le vésicatoire put en triompher. Nous verrons, en avançant, que l'action de ce moyen n'a guère de prise en effet que sur des phénomènes moins invétérés ou des changemens organiques moins persistans. Aussi remarque-t-on, dans l'observation XXVII, qu'il est parvenu à éteindre complétement la kératite aiguë sur un œil qui offrait de nombreuses traces d'ancienne kératite chronique, tout en laissant intacts les stigmates morbides antérieurs. Douleur, larmoiement, photophobie, injection de la conjonctive, rougeur de la sclérotique, suffusion, teinte verdâtre de la cornée ; tous les symptômes récens enfin ont disparu en effet ; mais les albugo, les cicatrices, les bosselures préalables du devant de l'œil sont restés avec leurs caractères primitifs.

Kératite traumatique. —L'incision de la cornée, dans l'opération de la cataracte par extraction, donne lieu à différentes sortes d'inflammations. Tantôt il n'en résulte qu'une espèce d'ophthalmie catarrho-rhumatique, sans menace d'opacité, ni de suppuration. D'autres fois, au contraire, le lambeau de la membrane divisée se boursouffle, jaunit et subit rapidement la fonte purulente. Je n'ai encore essayé le vésicatoire qu'une fois dans le premier cas ; j'en ai fait usage cinq fois dans le second. Le résultat me permet de conclure que les effets seront différens selon que la cornée seule tend à suppurer ou que tout l'intérieur de l'œil menace de se fondre. Si le mal ne comprend que la cornée, le vésicatoire volant l'arrête, l'empêche de pénétrer au-delà de l'iris, en réprime la suppuration et restreint ainsi manifestement l'opacité, qui, sans cela, manque si rarement de s'étendre jusqu'au devant de la pupille. En preuve de ces assertions, j'invoquerai d'abord l'observation IV, puis l'observation VII. Pour ceux qui savent comment procède la fonte de la cornée après l'opération de la cataracte, il sera au moins très-probable que, sans les vésicatoires sur les paupières, les deux yeux de cette femme se fussent complétement obscurcis, et qu'il en eut été de même de celui de l'homme, dont l'iris a fini par retrouver une partie de sa mobilité. L'observation V et l'observation IX prouvent que, si l'inflammation occupe en même temps la chambre postérieure, le vésicatoire ne suffit pas plus que les autres moyens journellement employés pour empêcher la suppuration de s'emparer de l'intérieur de l'œil. Cependant comme il n'a été mis en usage ici qu'à dater du moment où cette suppuration était déjà très-avancée, et comme l'organe a fini

par conserver sa forme au lieu de s'atrophier, ainsi qu'on l'observe souvent en pareil cas, on n'est peut-être pas en droit, même alors, d'en contester l'utilité.

Lorsque la cornée s'enflamme par suite d'une division qui n'en comprend pas toute l'épaisseur, le vésicatoire est d'une efficacité remarquable, toutes les fois qu'elle tend à s'infiltrer du pus ou de matières plastiques, à perdre sa transparence ; l'observation XVI en est la preuve. Une pierre était tombée de haut sur l'œil de cet homme, dix jours auparavant ; l'inflammation n'avait pas cessé de s'aggraver malgré le traitement antiphlogistique. Il y avait douleur vive dans tout l'orbite, insomnie et mouvement fébrile. Un chémosis livide entourait la cornée qui était verdâtre partout, et dont les lames antérieures avaient été détruites dans l'étendue de trois lignes verticalement et d'une ligne et demie transversalement, vis-à-vis de la pupille. Une plaque d'un blanc jaunâtre, complétement opaque, qui en aurait facilement imposé pour une cataracte, existait dans les lames du fond de la plaie, de manière à cacher en entier la prunelle. L'humeur de la chambre antérieure était aussi sensiblement troublée. Eh bien ! le vésicatoire appliqué sur-le-champ, au milieu de semblables conditions, a fait cesser immédiatement les accidens généraux. Tous les symptômes d'inflammation locale ont aussi commencé à diminuer dès le lendemain ; la rougeur, le boursouflement de la conjonctive, la matière opaque épanchée dans l'épaisseur de la cornée, étaient plus de moitié moindres le quatrième jour. Un second vésicatoire a dissipé le reste des accidens et tellement activé la cicatrisation de la plaie, que le malade a pu sortir de l'hôpital six jours après avec un simple nubécule.

Kératite avec hypopion. — Quand du pus se dépose dans la chambre antérieure ou derrière la cornée, sous forme de flocons ou de demi-lune, le vésicatoire produit les mêmes effets que dans le cas précédent ; mais la terminaison définitive du mal peut amener des différences dont il est bon d'être prévenu. Si la pupille n'est pas contractée, si l'iris n'est pas le siége d'une inflammation chronique, que la cornée soit d'ailleurs ulcérée ou non, l'œil se clarifie bientôt, l'inflammation tombe peu à peu, et la vision finit par se rétablir en entier, à moins que quelque tache ne se fixe au-devant de la prunelle. J'ai vu se dissiper ainsi les kératites les plus intenses sans laisser de trace, quoiqu'un dépôt opaque, jaune, occupât le cinquième inférieur de la chambre antérieure, ou que la cornée fut comme infiltrée d'une matière semblable dans plus de la moitié de sa circonférence.

Quand il y a eu même temps iritis ou quelque phlegmasie dans la chambre postérieure, la résorption de la matière purulente et le rétablissement de la diaphanéité des milieux transparens, s'opèrent encore quelquefois ; mais les phénomènes inflammatoires qui s'amoindrissent, qui cèdent même en grande partie, le plus souvent, ont une certaine tendance à revenir, et l'iris ou quelque autre membrane interne manque rarement alors de l'altérer au point d'éteindre ou au moins d'affaiblir considérablement la vision. C'est ce que démontre très-bien en particulier l'observation XV. L'observation qui appartient à cette catégorie n'en est pas moins une de celles qui font le mieux ressortir l'action bienfaisante du vésicatoire. Tous les traitemens possibles avaient été vainement employés depuis dix mois ; une nouvelle exacerbation, accompagnée d'un commencement d'hypopion, me décide à essayer le vésicatoire. L'épanchement du pus s'arrête sur-le-champ, et disparaît en trois jours ; l'inflammation se dissipe en même temps, et l'œil est bien pendant quinze jours, qu'une guérison prochaine paraît évidente : alors survint une recrudescence semblable à la première. Le vésicatoire en triompha de nouveau. Les accidens reparaissent une troisième fois après le même laps de temps et sont encore conjurés par le vésicatoire ; enfin une quatrième récidive a lieu, et l'épispastique, qui ne la calme qu'incomplétement, est ensuite abandonné, attendu que l'hypopion ne semble plus à craindre, et que l'ophthalmie interne qui persiste pourrait bien tenir à la présence dans l'œil du fragment de capsule, cause première de la maladie.

Je dis que ce cas est un des plus concluans parce que les accidens qui se sont reproduits quatre fois avec la même intensité et les mêmes caractères ont constamment cédé de la même manière, au même moyen, chez le même individu, quoiqu'ils fussent évidemment entretenus par une cause que rien ne pouvait atteindre et qui se maintenait dans l'œil.

Ainsi, dans les ophthalmies internes, le vésicatoire tend à clarifier les humeurs, à dissiper les épanchemens, les infiltrations de pus ou de lymphe, qu'ils aient lieu, soit dans l'iris, soit dans la capsule du cristallin, soit dans le corps vitré, soit dans l'humeur aqueuse. Il concourt en outre à résoudre l'inflammation, à éteindre la souffrance ; mais il n'empêche ni la coarctation de la pupille, ni les adhérences de l'iris, ni la synéchie soit antérieure, soit postérieure, ni une foule d'autres changemens organiques profonds, qui mettent bientôt un obstacle invincible à la perception des images.

Kératite ulcéreuse. — Les abcès, les ulcères à fond et à circonférence opaques de la cornée résultent tous d'une kératite plus ou moins intense et plus ou moins générale. Le vésicatoire leur convient d'autant mieux que la kératite est plus aiguë et l'extension de la suppuration plus imminente : ses effets sont les mêmes que dans la kératite traumatique. La suffusion, les flocons, les plaques grises ou jaunâtres se raréfient et disparaissent par degrés ; les ulcères se mondifient, se détergent, et suivent ensuite leur marche accoutumée. La vascularisation de la conjonctive et de la sclérotique se restreint aussi de plus en plus, sans se dissiper tout à fait cependant, jusqu'à la cicatrisation définitive des ulcères.

Si les ulcères ne sont garnis de lymphe plastique ou de matière purulente, ni à leur pourtour, ni dans leur fond, le vésicatoire n'a plus d'opacité à dissoudre, mais il en borne les progrès, les empêche de creuser le tissu de la cornée, en excite la cicatrisation et agit de la

même façon que précédemment sur l'inflammation : on aurait tort alors d'en attendre d'autres bienfaits. Ce sont donc les ulcères aigus, les exulcérations rampantes, les ulcères brûlans de la cornée, tels que je les ai décrits ailleurs (1) qui peuvent en retirer le plus de succès sous ce rapport.

Kératite aiguë simple. — Dans les ophthalmies qui ont le tissu fibro-séreux de l'œil pour siége, c'est-à-dire dans les ophthalmies rhumatiques, les effets du vésicatoire sont plus complets encore que dans aucun des cas indiqués jusqu'ici, quelle que soit l'intensité de l'inflammation, tant que les altérations de la cornée se réduisent à de la suffusion, à une simple teinte verdâtre. Nul topique ne jouit d'une aussi grande efficacité en pareil cas. Le mal est comme étouffé sous le vésicatoire et disparaît ordinairement en entier avec un ou deux épispastiques dans l'espace de huit à quinze jours.

L'ophthalmie catarrho-rhumatique, c'est-à-dire l'inflammation combinée de la conjonctive oculaire et de la coque de l'œil lui résiste encore moins. Il en fait habituellement justice en quatre, six ou huit jours, de sorte qu'il est inutile d'en appliquer successivement plusieurs. L'histoire du malade qui fait le sujet de l'observation XXIV est une des plus curieuses que j'ai recueillies sous ce point de vue. Nous avions essayé saignées, sangsues, purgatifs, topiques émollients, collyres divers, sans résultat appréciable. Nous restâmes quatre jours dans l'expectation pure, pendant lesquels la phlegmasie parut encore augmenter. Un vésicatoire fut appliqué sur l'œil droit seulement, parce qu'il était le plus malade, et afin de comparer la marche de l'inflammation sous l'épispastique avec celle de l'organe non traité. Dès le troisième jour, les accidens étaient manifestement moindres à droite qu'à gauche. Ils ont continué de s'éteindre ensuite sans interruption du côté du vésicatoire, tandis que l'œil gauche s'est maintenu exactement dans le même état qu'auparavant. Ce fait étant bien constaté, je n'ai plus hésité à traiter le côté gauche par le même moyen, et le succès a été en tout semblable. Il n'a fallu qu'un vésicatoire et huit jours de chaque côté pour enlever jusqu'à la dernière trace d'une ophthalmie qui s'annonçait avec des caractères fort alarmans. On n'oubliera point en outre que ce malade éprouvait de violentes douleurs de tête, un mouvement fébrile, de l'embarras dans les voies digestives, et qu'il semblait être sous l'influence d'anciennes infections syphilitiques négligées.

Ce que le vésicatoire produit dans les ophthalmies catarrho-rhumatiques, arrive plus promptement encore peut-être dans les ophthalmies purement catarrhales de la conjonctive oculaire. Il n'est pas plutôt appliqué alors que l'inflammation commence à rétrograder, et, quelquefois, elle est complétement éteinte avant qu'il ne soit tout à fait sec. Si je n'y ai eu recours qu'un si petit nombre de fois en semblable circonstance, c'est que la solution de nitrate d'argent et quelques autres collyres permettent aussi de guérir très-vite la plupart de ces ophthalmies, et que, par conséquent, je ne me suis pas souvent trouvé dans la nécessité d'invoquer la puissance d'un moyen aussi énergique, aussi contraire à nos habitudes thérapeutiques.

Je n'ai point encore employé le vésicatoire dans le cas de blépharite, mais la distribution des vaisseaux me porte à penser qu'il ne convient ni à l'inflammation des follicules de Meibomius, ni à la psorophthalmie, ni aux autres phlegmasies chroniques de ces parties. Ce n'est guère que dans la conjonctivite que j'oserais le prescrire.

Peut-être devrait-on l'essayer aussi dans le cas de cataracte commençante, surtout chez les jeunes sujets. Sous ce point de vue, je ne possède encore aucun fait, et mes présomptions ne se fondent, jusqu'à présent, que sur l'action *clarifiante* ou dissolutive du topique dont il s'agit. J'ajouterai toutefois que je l'ai tenté sur un malade, et que le résultat est resté douteux. Le cristallin semblait avoir été broyé par commotion sous l'influence d'un coup de tige verte de buisson porté sur la cornée. Quelques flocons opaques se voyaient dans la chambre antérieure, et d'autres semblaient comme collés à la face postérieure de la cornée, en même temps qu'une cataracte traumatique occupait toute la pupille. Le mal ne datait que de trois semaines. Aucune inflammation n'était survenue. Un vésicatoire fut appliqué. L'œil devint un peu rouge pendant quelques jours, et reprit ensuite son état primitif. Au bout de huit jours, les flocons libres commencent à s'éclaircir; ils ont fini par disparaître tout à fait. Le contour de la pupille s'est aussi dégagé. En moins de trois semaines, la vision, qui était d'abord nulle, s'est considérablement améliorée; mais ces changemens peuvent-ils être attribués au vésicatoire? (*Voyez* Obs., tome IX, 2e série).

A. Velpeau.

(1) *Dict. de méd.*, 2e édit., art. Cornée.

Des suppositoires stibiés comme moyen de rappeler la fluxion hémorrhoïdale.

Les médecins des siècles passés ont peut-être trop exagéré l'importance du rôle que jouent les hémorrhoïdes dans l'ordre pathologique; ceux de notre temps son tombés dans l'excès contraire.

On ne peut nier que la suppression d'un flux hémorhoïdal habituel ne soit pour les hommes une cause de troubles généraux presque aussi graves que la suppression du flux menstruel chez la femme. On admet encore assez généralement que chez certaines personnes qui ont, non plus régulièrement, mais à des époque indéterminées, une fluxion ou un flux hémorrhoïdal l'apparition de ce phénomène pathologique est suivie d'un état de bien-être général, tandis que la santé reste longtemps incertaine et chancelante, si les hémorrhoïdes se montrent beaucoup plus tard qu'à l'ordinaire.

L'observation démontre aussi que les personnes qui

ont eu longtemps des hémorrhoïdes, souffrent en général si cette fluxion cesse tout à fait de se manifester.

Il en résulte que souvent se présente l'indication de rappeler la fluxion hémorrhoïdale.

Beaucoup de moyens ont été conseillés pour satisfaire à cette indication.

Les bains locaux, les pédiluves sinapisés, les sangsues au siége, les douches dirigées vers la partie inférieure du gros intestin, les purgatifs et entre autres la rhubarbe et l'aloès, les lavemens irritans, et enfin les suppositoires aloétiques et les ventouses au siége.

De tous ces moyens, que nous avons employés, un seul nous a réussi d'une manière bien évidente : ce sont les ventouses. Cette médication, déjà conseillée par Truka, reprise par Montègre (*Diction. des sciences médicales*, tom. XX, pag. 604), était tout à fait oubliée, quand un élève de la Faculté de médecine de Paris la remit en honneur, et je pus être témoin des expériences qu'il fit sur lui-même (1).

Il avait eu des hémorrhoïdes jusqu'à l'âge de vingt ans, et sa santé avait toujours été bonne. Cette fluxion ne s'étant plus remontrée, il devint sujet à des douleurs d'estomac très-vives et à des troubles digestifs continuels. Il consulta M. Andral, dont il suivait la visite à l'hôpital de la Pitié, et ce praticien mit en œuvre tous les moyens conseillés par les auteurs pour rappeler les hémorrhoïdes. Rien ne réussit, et la maladie intestinale restait stationnaire. Le jeune malade eut alors l'idée de se faire appliquer une ventouse au siége. Pendant cette application, le pourtour de l'anus se couronna de tumeurs hémorrhoïdales qui, pendant huit jours, restèrent tuméfiées et douloureuses. A partir de ce moment, la santé se rétablit. Un mois plus tard, il commença à éprouver un léger retour des accidens gastriques ; et un jour qu'il suivait ma visite à l'hôpital, il me parla du succès qu'il avait obtenu un mois auparavant, des souffrances qu'il ressentait maintenant, et m'offrit d'être témoin de la prompte apparition des hémorrhoïdes sous l'influence de la ventouse. J'acceptai sa proposition avec empressement, et à l'instant même je le fis mettre sur le lit d'un malade, et, en présence de plus de quarante témoins, docteurs ou élèves en médecine, je fis appliquer une ventouse sur le fondement. Une minute ne s'était pas écoulée que déjà apparaissaient des tumeurs qui prirent un rapide accroissement, et qui, réunies, pouvaient avoir le volume d'un petit œuf de pigeon, dix minutes après l'application de l'instrument. Le même moyen fut renouvelé le lendemain, et la fluxion hémorrhoïdale dura encore pendant une semaine et fut encore suivie de la cessation des accidens gastriques.

M. Andral vit également ce jeune médecin, et comme moi il peut témoigner de l'inconcevable rapidité avec laquelle se gonflaient ces tumeurs hémorrhoïdales.

(1) Je regrette d'autant plus vivement de ne pas me rappeler son nom, qu'il m'avait remis une note à ce sujet, pour être insérée dans ce journal. Cette note a été égarée.

Depuis cette époque, je n'ai eu qu'une fois l'occasion d'appliquer localement les ventouses pour rappeler les hémorrhoïdes. C'était chez une femme atteinte de rhumatismes erratiques qui me semblaient devoir être attribués à la suppression d'un flux hémorrhoïdal habituel. Je parvins bien à faire gonfler les vaisseaux hémorrhoïdaux sous l'influence de la ventouse, mais les tumeurs disparaissaient peu après l'application de l'instrument.

Ce qui m'a empêché d'y recourir plus souvent, c'est d'une part, que les malades et surtout les femmes répugnent singulièrement à l'emploi d'un pareil remède ; et d'autre part, que j'en ai imaginé un beaucoup plus simple et dont l'emploi ne peut jamais être l'objet d'une sérieuse objection ; je veux parler des *suppositoires stibiés*.

Comme les suppositoires aloétiques ne m'avaient jamais réussi, je pensai qu'en y mettant au lieu d'aloès l'un des agens irritans les plus énergiques, j'arriverais plus facilement au but que je me proposais. Or, le tartre stibié appliqué localement sur la peau ou sur les membranes muqueuses, provoque ordinairement une fluxion inflammatoire puissante et persistante, c'est ce qui me fit préférer ce médicament.

J'incorpore donc à un suppositoire de beurre de cacao ou de suif, pesant un gros, de deux à six grains de tartre stibié. Le suppositoire introduit au delà du sphincter de l'anus fond promptement, et le tartre stibié reste en contact avec les membranes muqueuses jusqu'à ce qu'il provoque une vive irritation locale et l'espèce de ténesme qui en est la conséquence nécessaire.

Quand le suppositoire ne contient qu'un grain ou même un demi-grain d'émétique, on peut le conserver pendant douze heures, sans éprouver le besoin d'aller à la selle ; mais quand on a mis une dose suffisante, deux, quatre grains et même davantage, les malades ressentent une cuisson d'abord légère, puis brûlante et accompagnée bientôt de battemens douloureux dans le siége, avec besoin fréquent d'aller à la garde-robe, les pulsations artérielles augmentent en même temps que le pourtour de l'anus se gonfle, et qu'apparaissent quelques pustules semblables à celles que le tartre stibié détermine sur la peau ; on voit surgir des tumeurs bleuâtres, dures, douloureuses, et laissant quelquefois transsuder une grande quantité de sang lorsqu'on fait de grands efforts pour aller à la selle. Ce sont de véritable tumeurs hémorrhoïdales, parfaitement distinctes chez ceux qui en ont déjà, et seulement apparentes chez ceux qui n'en ont jamais eu.

J'ai souvent conseillé ce moyen, soit dans des consultations, soit dans ma pratique particulière, soit à l'hôpital. Je n'ai tenu note que de six malades sur lesquels je l'ai mis en usage. Chez cinq d'entre eux, la fluxion hémorhoïdale s'établit ; chez le sixième qui n'avait jamais eu d'hémorrhoïdes, je ne pus amener le développement de véritables tumeurs hémorrhoïdales.

Je rapporterai succinctement ces six observations, parce qu'elles offrent quelque intérêt pratique.

Ire Obs.—Un homme de trente-six ans avait eu des hé-

morrhoïdes fluentes jusqu'à l'âge de trente-quatre ans ; la fluxion hémorrhoïdale revenait à des époques indéterminées et à peu près quatre ou cinq fois par an. Elle ne durait chaque fois pas moins de quinze jours. Il prit un rhume qui me sembla d'abord n'avoir aucune gravité ; mais pendant que le catarrhe durait encore, il survint une hémoptysie et les hémorrhoïdes ne se montrèrent plus. Cependant le rhume persista, des hémoptysies se répétaient et persistaient pendant plusieurs jours sans qu'aucune médication parût les arrêter. Bientôt se manifestèrent des signes de phthisie pulmonaire, et le malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Amaigrissement notable, pas de fièvre hectique. Résonnance moindre du sommet du poumon droit en avant et en arrière ; bruit inspirateur presque nul ; bruit expirateur très-fort ; un peu de bronchophonie ; râle sous-crépitant assez nombreux. Quelques craquemens humides. Pas de pectoriloquie.

Expectoration muco-so-puriforme, nummulée, souvent mêlée de stries de sang.

Peu d'appétit ; pas d'autre trouble du côté du tube digestif.

C'étaient là des signes de la tuberculisation commençante du poumon. Toutefois, ayant égard à la suppression des hémorrhoïdes, je pensai que peut-être il existait dans les organes respirateurs une fluxion jusqu'à un certain point analogue à celle qui se portait naguère vers les vaisseaux du bassin. Je résolus donc de rappeler les hémorrhoïdes. Je fis appliquer un suppositoire avec un gros de beurre de cacao et deux grains de tartre stibié. Il survint une vive cuisson au pourtour de l'anus, et, la nuit suivante, apparurent des tumeurs hémorrhoïdales volumineuses qui persistèrent pendant six jours et fluèrent abondamment. Il s'ensuivit une amélioration extraordinaire dans des symptômes thoraciques, l'expectoration cessa complétement d'être ensanglantée ; elle diminua beaucoup, et, quinze jours après, il ne restait qu'un peu de toux et un peu de faiblesse du bruit respiratoire.

Peu après, le flux hémorrhoïdal reparut sans avoir été sollicité, et les accidens qui s'étaient manifestés du côté de la poitrine se dissipèrent complétement.

Certes, je ne crois pas avoir guéri une phthisie pulmonaire, mais seulement une congestion persévérante du poumon, qui probablement eût fini par amener la tuberculisation.

IIe *Observation.* — Un cuisinier, âgé de cinquante ans, entrait à l'Hôtel-Dieu en septembre 1834, pour y être traité d'une maladie chronique de l'estomac. Cet homme nous racontait que trois ans auparavant il avait vu se supprimer un flux hémorrhoïdal qui revenait tous les mois. Depuis lors, il avait perdu l'appétit ; le peu qu'il mangeait donnait lieu à de vives douleurs épigastriques, une constipation opiniâtre était survenue. Vainement on avait employé les émissions sanguines locales, les opiacés, les laxatifs, l'eau de Vichy, la magnésie. Je pensai qu'avant tout il fallait rappeler la fluxion hémorroïdale et rétablir le flux s'il était possible. Dans ce but, je fis appliquer un suppositoire avec deux grains de tartre stibié pour un gros de beurre de cacao. Le premier suppositoire donna lieu à un peu de diarrhée et de ténesme ; mais il n'apparut aucune tumeur ; le second, qui fut appliqué le lendemain, et dans la composition duquel je fis entrer trois grains d'émétique, causa une vive douleur à l'anus, et, le troisième jour à la visite, nous pûmes voir des tumeurs hémorrhoïdales très-grosses et très-douloureuses. Ces tumeurs restèrent gonflées sans fluer pendant plusieurs jours, sans qu'il fût nécessaire d'appliquer un nouveau suppositoire. Il s'ensuivit une amélioration peu considérable, mais pourtant sensible dans la santé de notre malade. Un mois après, une nouvelle application de suppositoires rappela une nouvelle fluxion, et en même temps les garde-robes devinrent sanglantes. Cette éruption hémorrhoïdale persista pendant six jours, et cessa. La santé du patient devint alors beaucoup meilleure, et l'usage des eaux de Vichy continué pendant trois semaines acheva de consolider la guérison.

Je n'ai jamais revu les deux malades dont je viens de rapporter l'observation, de sorte qu'il m'est impossible de dire dans quel état ils sont aujourd'hui.

IIIe *Observation.* — Une femme de quarante ans était atteinte d'un rhumatisme vague opiniâtre : je pensai qu'en provoquant des hémorrhoïdes j'obtiendrais quelque amendement, j'appliquai deux suppositoires stibiés. Des tumeurs parurent, durèrent pendant deux jours et flétrirent. Le rhumatisme ne fut en rien amélioré.

Cette observation, sans valeur apparente, prouve pourtant que l'on peut déterminer des hémorrhoïdes chez ceux même qui n'en ont jamais eu.

IVe *Observation.* — Un jeune homme de trente ans prit une blennorrhagie ; traité et guéri par les émolliens et les balsamiques, il éprouva bientôt tous les symptômes de la vérole constitutionnelle. Le voile du palais était détruit par un vaste ulcère ; les fosses nasales, le larynx lui-même, n'étaient pas exempts d'altération. Les pilules de proto-iodure de mercure, les bains de sublimé, les cautérisations locales avec le nitrate acide de mercure amendèrent les accidens ; il restait une céphalée opiniâtre. Comme le malade avait eu jadis des hémorrhoïdes fluentes, qui revenaient plusieurs fois chaque année, et que depuis un an il n'en avait éprouvé aucun ressentiment, je fis appliquer deux jours de suite un suppositoire stibié. Des tumeurs hémorrhoïdales reparurent qui fluèrent même avec abondance ; il n'en résulta aucun soulagement.

Ve *Observation.* — Pendant que je faisais à l'hôpital des Cliniques le service de M. le professeur Rostan, en septembre 1835, il entra un homme de quarante-cinq ans, atteint d'une hépatite sub-aiguë des plus graves. La suffusion ictérique était très-prononcée ; déjà existait un épanchement dans le péritoine et dans le tissu cellulaire des membres pelviens. Comme il y avait en même temps beaucoup de fièvre, je fis faire une saignée du bras qui ne soulagea pas, et on appliqua sur l'hypocondre droit et au siége des sangsues qui ne procurèrent aucune amélioration.

Ce malade avait eu, dans sa vie, trois ou quatre atta-

ques d'hémorrhoïdes. Sachant combien les praticiens des temps modernes attachaient d'importance aux hémorrhoïdes, surtout dans les maladies du foie, je résolus d'appliquer des suppositoires stibiés dans le but de provoquer, vers les vaisseaux du bassin, une dérivation qui pourrait être salutaire.

Cette application réussit en effet, et, le second jour, il survint des tumeurs hémorrhoïdales fort douloureuses qui laissèrent écouler beaucoup de sang. Ce nonobstant, les accidens s'accrurent avec une effrayante rapidité, et le malade mourut.

VIe *Observation.* — M. R., âgé de cinquante-deux ans, avait eu toute sa vie des saignemens de nez qui revenaient plusieurs fois par mois. Son père, qui vient de mourir à quatre-vingt-deux ans, avait eu, jusqu'à sa mort, des hémorrhoïdes qui fluaient régulièrement tous les mois.

Les épistaxis s'étaient supprimées depuis trois ans, et deux ou trois fois chaque année, mais surtout au printemps, il éprouvait des maux de tête et une excitation cérébrale qui ressemblait assez bien à l'exaltation qui signale le commencement de l'ivresse. Des applications de sangsues au siége modéraient assez bien les accidens, mais ils revenaient bientôt, et me donnaient de sérieuses inquiétudes. La régularité de la fluxion hémorrhoïdale du père du malade me fit penser que j'aurais grand avantage à appeler vers le rectum une congestion mensuelle. Chaque mois, depuis près d'un an, M. R. applique pendant trois jours, le soir, en se couchant, un suppositoire, dans lequel on a mis quatre, cinq et six grains d'émétique. Cette médication provoque une violente irritation et une éruption boutonneuse qui n'est évidemment autre chose qu'une éruption stibiée ordinaire. L'inflammation ne dure que peu de jours.

Quoiqu'il ne soit pas survenu d'hémorrhoïdes proprement dites, les accidens cérébraux n'en ont pas moins été conjurés, et tout porte à croire qu'ils ne reparaîtront plus, si le malade a la patience de continuer l'usage de ce moyen.

Résumons les faits contenus dans cette courte note.

Des suppositoires stibiés ont été appliqués sur six malades, dans le but de provoquer la fluxion hémorrhoïdale. Chez cinq, les hémorrhoïdes ont paru, deux jours au plus tard après l'emploi du moyen. De ces cinq, quatre étaient hémorrhoïdaires; un ne l'était pas. Les quatre premiers ont eu une éruption persistante; chez l'autre, elle n'a duré que deux jours.

Sur un de nos malades il a été tout à fait impossible de provoquer des tumeurs.

De ces six malades, trois ont été guéris, probablement à cause de l'apparition de la fluxion. Un de ces trois a été guéri, bien qu'il ne soit pas survenu de tumeurs hémorrhoïdales proprement dites.

Trois autres n'ont éprouvé aucun soulagement, bien que les hémorrhoïdes se soient rétablies facilement et pleinement.

Il y aurait imprudence à tirer des conclusions générales d'un aussi petit nombre de faits. J'ai voulu seulement faire connaître à mes confrères un moyen thérapeutique à l'aide duquel ils pourront remplir une indication qui se présente quelquefois.

A. Trousseau,
Médecin des hôpitaux, agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

Combustion humaine dite *spontanée.*

Le nommé Bernard, dit Larivière, âgé de 73 ans, tailleur d'habits, et sa femme, âgée de 65 ans, sans enfans, l'un et l'autre d'une constitution sèche et sanguine, menant tous deux une vie très-sédentaire, faisaient depuis longtemps un abus continuel et immodéré de boissons spiritueuses. Le 6 de ce mois, à la suite d'une orgie, ils tombèrent dans un état complet d'ivresse et restèrent seuls, depuis sept heures du soir, jusqu'au lendemain, onze heures du matin, instant où ils furent trouvés morts. Informé de cet événement, M. Delaville, procureur du roi, m'invita à l'accompagner pour constater l'état des deux cadavres. Il était trois heures lorsque nous arrivâmes au domicile des époux Bernard, situé en la commune de Surville, et distant d'un quart de lieue environ de Pont-L'évêque. La pièce dans laquelle on nous introduisit était restée fermée; quelques-uns de ses meubles étaient recouverts d'une couche très-légère d'une suie grise, beaucoup plus apparente sur les vitres des deux fenêtres, que partout ailleurs; une forte odeur empyreumatique se faisait sentir, et, sur le pavé, entre une table encore chargée de verres et de bouteilles, qui avaient contenu de l'eau-de-vie, et les cendres d'un foyer éteint, gisaient les jambes de deux cadavres, et une masse informe et charbonnée. De ces quatre parties des extrémités inférieures, deux, appartenant au même individu, étaient recouvertes de bas de laine noire et de chaussures de drap. L'un des bas avait seul été brûlé à sa partie supérieure. Les portions de la peau protégées par ces chaussures, n'étaient que rubéfiées; les tissus sous-jacents étaient flasques, et de profondes incisions pratiquées dans l'épaisseur des muscles n'offraient rien de particulier à noter. A trois travers de doigt au-dessus des genoux, les cuisses étaient réduites en une masse noire, informe et charbonnée. Plus de traces des parties extérieures de la génération; du bassin et des organes contenus dans sa cavité; on ne retrouvait que le bord supérieur de l'os iliaque gauche calciné; au milieu d'un charbon huileux et fétide était enseveli l'ovaire gauche doublé de volume. Au niveau de l'articulation des dernières vertèbres lombaires entre elles, existait une solution de continuité; en cet endroit, le corps s'était séparé en deux, par suite d'une espèce de bascule du torse et des parties supérieures de ce cadavre sur un autre placé sous lui. Delà, un redressement de la partie inférieure de la colonne vertébrale qui, permettant à l'extrémité inférieure de cette tige de brûler à l'air libre, avait produit la calcination de deux ou trois vertèbres. La blancheur de ces os se détachait d'une manière tranchée sur une masse d'un charbon

spongieux et luisant, correspondant à la cavité thoracique, et à ses viscères d'ailleurs complétement détruits. Cet ensemble n'offrait un peu de solidité que du côté de la colonne vertebrale, à laquelle étaient encore attachés quelques fragmens noircis des premières côtes gauches; après quoi, les vertèbres cervicales, calcinées, se terminaient par un renflement blanc, arrondi et incinéré qui était le crâne. Cette boîte osseuse était tellement friable, que, dans la tentative faite pour l'enlever, elle se tamisa en quelque sorte entre nos mains. La mâchoire inférieure seule, appuyée sur le pavé, avait conservé plus de consistance.

Sous les restes de ce corps, et formant un X avec lui, étaient étendus les débris d'un second cadavre. Sa jambe gauche, nue, parsemée de vésicules remplies d'un liquide séreux et roussâtre, sur sa face antérieure, était torréfiée jusqu'aux os, dans toute la longueur de sa face postérieure. Elle avait d'ailleurs perdu ses rapports avec le corps dont elle faisait partie, à la suite de tractions exercées sur elle par un chat resté dans la maison, et dont les dents avaient lacéré les muscles jumeaux dans une étendue de quelques pouces. De cette région suintait un liquide gras et dégoûtant. La jambe droite fléchie et arcboutée sur le plancher, était, comme la précédente, nue et profondément torréfiée à sa face postérieure, ainsi que de larges incisions nous l'ont démontré. Toute sa partie antérieure était couverte de larges phlyctènes, ainsi que la plante du pied, quoiqu'elle portât sur le sol par toute sa surface; le condepied était fortement infiltré de sérosité. L'articulation du genou droit, malade depuis longtemps, et qui avait déterminé la claudication chez Bernard, était largement ouverte, jaunâtre et desséchée. Le fémur s'était fracturé en biseau deux pouces et demi environ au-dessus de l'articulation fémoro-tibiale. A partir de ce point, pour la cuisse droite et d'un peu plus bas, pour la cuisse gauche, ces deux extrémités n'offraient plus qu'un tas de charbon léger et onctueux. La région pelvienne avait disparu. Arrivés au point d'entrecroisement des corps, et voulant, autant que possible, ménager les parties, nous eûmes quelque peine à détruire des adhérences formées par la combustion plus lente et plus étouffée des corps et des vêtemens en cet endroit. Dans les différentes couches de charbon interposées, et enlevées successivement, il fut aisé pour tous de reconnaître le tissu des étoffes, et jusqu'aux impressions en creux et en relief des mailles d'un tricot. Le poumon droit et le foie avaient été assez protégés par ces enveloppes, et par la superposition du premier cadavre, pour permettre de reconnaître ces organes. Ils avaient perdu environ la moitié de leur volume; leur surface était dure, vernie et cassante; à la coupe, leur densité offrait celle du fromage de Gruyère; néanmoins, la texture du foie était plus serrée et plus homogène que celle du poumon. La colonne vertébrale et les côtes étaient réduites en un charbon plus dense que celui résultant de la combustion des parties molles. Enfin, à un pouce et demi environ de l'âtre, élevé de l'épaisseur d'une brique au-dessus du reste de la pièce, se dressait une tête entière et fuligineuse. La saillie du nez et l'enfoncement correspondant à la cavité des orbites se dessinaient encore. Au moindre choc, cette boîte osseuse nous offrit une cassure nette de plusieurs de ses os, et, au milieu de sa cavité, reposait, sur le grand trou occipital, un corps du volume et de la forme d'un œuf de poule; c'était le cerveau desséché et raccorni.

Des extrémités supérieures de ces deux cadavres nous n'avons retrouvé qu'une portion d'humérus calcinée et longue de quelques pouces, et trois os métacarpiens également calcinés et encore unis entre eux.

Déduction faite du poids des jambes et des pieds qui, à raison d'une altération moindre, ne devaient avoir subi à peu près aucune modification, quant à leur pesanteur, nous avons estimé que les cendres et le charbon, produits de la combustion des autres parties, ne devaient pas dépasser quatre livres.

L'espace de temps pendant lequel cette combustion s'est opérée, n'a pu excéder treize à quatorze heures.

Ces débris, étendus sur un pavé sali d'un liquide puant et gras, étaient encadrés par les objets suivans: 1° Aux pieds, parties les plus éloignées du foyer, une table restée intacte; 2° aux deux têtes, le foyer, sans feu, un garde-cendre et un landier, tombés de l'âtre, et engagés sous la femme, *et entre la tête de cette dernière, et celle du mari, un tison encore enflammé;* 3° à droite rien qu'un sabot; 4° à gauche, et intermédiaires au mur et à l'extrémité inférieure droite du corps de Bernard, une chaise, dont un pied, quatre traverses et le siége en paille, avaient été incomplétement incendiés, et une ruche à miel en cendre. A quelques pouces seulement au-dessus des corps, nous avons retrouvé une balayette en jonc, roussie à peine d'un seul côté, et des allumettes, dont l'extrémité souffrée débordait un sabot qui les contenait.

Ces faits recueillis sous les yeux de l'autorité, bien que dégagés d'une foule de détails qui ne pouvaient intéresser que la justice, paraîtront trop longs sans doute; ils viennent d'ailleurs plutôt confirmer ce que la science sait sur les combustions humaines spontanées, qu'ajouter à ce qui est connu. Les victimes sont encore ici des vieillards, ivrognes et sédentaires; leur corps n'a point été *complétement* réduit en cendres; comme dans la plupart des cas, quelques portions des extrémités ont été épargnées; le feu n'a également brûlé qu'en partie les objets le plus rapprochés; il a même respecté des corps voisins très-combustibles; enfin, cette combustion prompte, a, comme toujours, laissé pour résidu des cendres et du charbon légers et fétides, une suite huileuse et une odeur des plus pénétrantes. Mais ce qui peut différencier cette observation des autres, c'est de reposer à la fois sur deux individus, de sexe différent, et d'ajouter, par là, un fait de plus aux cas beaucoup plus rares de combustion spontanée chez l'homme; c'est d'offrir enfin deux individus placés dans des conditions physiologiques tellement identiques, que la combustion les atteint, tous deux, au même degré, et dans les mêmes parties, comme, dans d'autres, elle les anéantit, sans laisser de traces. Joly D. M. P.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

OCTOBRE 1836.

Mémoire posthume et inédit sur la névralgie rhumatismale aiguë de la vessie; par M. Léveillé, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris. — Lu à l'Institut, dans les séances des 20 et 27 juin 1814.

L'appareil urinaire est simple et peu compliqué, ses rapports avec les parties voisines sont faciles à saisir par cela même qu'ils sont limités. Dès lors, on est tenté de croire qu'il est très-aisé d'acquérir la connaissance parfaite des maladies de la vessie, pourvu qu'on ait quelques notions précises sur l'anatomie de cet organe. L'expérience m'a convaincu du contraire en ce qui concerne quelques douleurs atroces et prolongées, sur lesquelles nous ne possédons presque aucune observation particulière.

Ce travail, qui a pour objet spécial la *névralgie rhumatismale aiguë de la vessie*, est divisé en deux parties : la première se compose de quelques observations pratiques ; la seconde est relative au diagnostic de cette maladie, à son pronostic, aux indications et à la méthode curative.

Première partie. *Observations.*

Obs. I. — M. Coq Villen., âgé de quarante-trois ans, d'une forte constitution, suit habituellement un régime de vivre très-doux, et exerce une profession de négociant qui le fatigue peu.

A l'âge de quinze ans, il fut opéré de la taille par M. Louis, et il a joui depuis d'une santé parfaite jusqu'au commencement du printemps de l'an 1804.

Ce fut à cette époque qu'il se plaignit de chaleurs et de pesanteur au rectum et à toute la région du périnée. Douze sangsues appliquées à l'anus, l'exposition à la vapeur de l'eau chaude, opérèrent une forte saignée qui fut très-bien supportée. On fut trompé sur le soulagement qu'on espérait, des douleurs vives se firent sentir à l'hypogastre, au col de la vessie, au pli des aines et à toute cette partie des cuisses dont les tégumens se continuent avec ceux du scrotum. La mort ayant atteint le médecin de ce malade, je fus appelé. J'observai des envies fréquentes d'uriner, des douleurs atroces chaque fois que le besoin s'en faisait sentir, des efforts violens sur le périnée pour l'émission d'une quantité de liquide à peine capable de remplir une cuillère. A la chaleur, à la pesanteur des parties, se joignaient des battemens et des élancemens insupportables. Durant la journée, il y avait plus de calme ; mais le soir, une sorte d'exacerbation se prononçait ; les souffrances plus vives et continuelles ne permettaient ni de garder le lit, ni de rester assis ; l'anxiété était extrême ; et ce n'était que vers le matin qu'une remission sensible, ainsi que la fatigue, provoquaient à prendre un peu de repos. Après un calme d'une, de deux ou trois heures au plus, tout à coup le besoin pressant d'uriner forçait de se lever brusquement. Les douleurs étaient alors très-violentes, jusqu'à ce que le fluide commençât à couler, ce qui n'avait pas lieu avant de grands efforts de deux ou trois minutes.

Dès que les urines coulaient, c'était avec facilité, sans interruption et à plein canal ; mais lorsque le besoin était satisfait, la souffrance redevenait insupportable pendant un quart-d'heure au moins, après lequel elle diminuait insensiblement et cessait tout à fait. Il en était autrement dans le temps d'exacerbation, car on n'avait pas plutôt uriné, que le quart-d'heure ou la demi-heure d'après, il fallait s'accroupir sur le vase de nuit et faire des efforts semblables à ceux qu'une constipation opiniâtre provoque ordinairement.

Néanmoins le malade avait de l'appétit ; il n'était nullement tourmenté de fièvre : seulement, je reconnus de la fréquence dans le pouls qui d'ailleurs était très-régulier, fort et développé.

J'appris encore que des douleurs très-vives s'étaient fait sentir quelquefois dans le gros des épaules, sur le bras et sur les cuisses, ce qui me fit soupçonner que le mal que j'étais appelé à combattre se rapprochait beaucoup du rhumatisme. Je fis largement ouvrir la veine du bras, je prescrivis les boissons légères et rafraichissantes, la diète végétale, les bains entiers, ceux de fauteuil et les fumigations sur le périnée. Peu à peu les symptômes généraux perdirent de leur intensité ; mais ceux propres aux voies urinaires ne cessèrent pas, quoiqu'ils fussent plus supportables. Les urines se sont constamment montrées telles qu'on les observe en santé.

Il s'est écoulé une vingtaine de jours, durant lesquels les accidens ont été violens et à des intervalles plus ou moins éloignés. Les exacerbations sont devenues moins vives : mais j'eus lieu de craindre la présence d'un nouveau calcul dans la vessie. Le malade ne me permit pas de m'en assurer, disant qu'il y avait des choses qu'on n'était pas pressé d'apprendre. J'eus recours aux lavemens purgatifs, que je fis suivre d'autres qui étaient narcotiques et qui soulagèrent sensiblement. J'insistai sur l'usage de ces derniers et sur les pédiluves sinapisés très-chauds.

Un jour que le malade sortait d'un tel bain, il s'est

écoulé une très-grande quantité de sang avec les urines. Dès ce moment il y a eu un calme qui a été en augmentant. Les mêmes moyens furent continués et la santé s'est rétablie si parfaitement que M. C....V.... n'a éprouvé aucun accident semblable. La maladie a duré près de six semaines, et il se plaint de temps à autre de douleurs à l'épaule et au coude gauches.

Obs. II. — Dans le cours de l'hiver de 1813, M. M..., âgé de cinquante-trois ans, d'une habitude de corps mince et sèche, et surtout d'une grande mobilité nerveuse, se plaint de douleurs qui des reins descendent et se propagent jusqu'à l'hypogastre; il survient ensuite des ardeurs au col de la vessie avec envie fréquente d'uriner. Chaque fois que ce besoin se fait sentir, le malade ne peut rendre qu'une petite quantité d'urine avec des efforts douloureux qui arrachent des cris. Les boissons mucilagineuses et nitrées rendent le mal plus supportable et procurent un calme qu'on peut aussi attribuer au grand usage des bains entiers ou de fauteil.

Le malade qui néglige son état et qui se traite lui-même, ne demande des avis qu'à des distances très-éloignées et passagèrement. C'est ainsi que dans des alternatives de mieux et de plus mal, il parvient jusqu'au 15 juillet de la même année. Dans la soirée de ce jour, il est pris d'un violent frisson suivi d'une grande chaleur, il passe une nuit fort agitée; le lendemain matin, il se plaint de souffrir vivement des reins, de l'hypogastre et du pli des aines; il en est ainsi jusqu'au 30. Alors on voit se renouveler les ardeurs d'urines et les embarras de la vessie, qui avaient existé en plus ou en moins, depuis la dernière moitié de l'hiver jusqu'à ce moment. Le malade dit que ses douleurs le prennent par accès rapprochés; qu'il ne peut les endurer et qu'il a un besoin fréquent de rendre en très-petite quantité une urine limpide, semblable à la décoction légère de chiendent. Chaque fois, il fait des efforts incroyables, il pousse en bas, il éprouve les craintes d'une chute du rectum, quoique l'anus soit fortement contracté; enfin, le pénis se gonfle, l'urètre est douloureux sur le sommet du gland et les accidens cessent peu à peu après que les urines ont coulé.

Pendant les accès, le malade ne peut garder aucune position; tour à tour il quitte et il reprend le lit; il n'est soulagé qu'autant qu'il se promène en chemise dans la chambre ou qu'il s'assied sur une chaise de crin. C'est en vain qu'il a recours aux fumigations, aux bains de fauteuil, aux lavemens adoucissans, etc. Il n'obtient de soulagement momentané que de l'application des cataplasmes émolliens sur le périnée. Ayant considéré cet état comme rhumatique, j'ai prescrit un bain de pied très-chaud, fortement sinapisé, et j'ai fait boire alternativement du petit-lait et de l'eau de chiendent emulsionnée. La grande chaleur générale a diminué, les accès de souffrance se sont éloignés, les envies d'uriner ont été moins fréquentes, le malade a pu se liver à un sommeil de deux ou trois heures, qui était interrompu brusquement après cet espace de temps par de nouvelles douleurs, dont la durée se terminait aussitôt que le besoin était satisfait. Les jours suivans, le mieux s'est soutenu à l'aide des mêmes moyens auxquels j'ai joint l'usage répété des demi-lavemens narcotiques. Le malade a repris complétement son sommeil ordinaire et n'a plus été tourmenté que de quatre en quatre heures à peu près. Le douzième jour, à dater de celui où je fus appelé, le 25 juillet, je fus témoin d'un violent accès qui ne se renouvela plus. Je fis exposer le périnée sur un vase contenant de l'eau fraîche, en même temps que les pieds étaient plongés dans un bain sinapisé très-chaud. La guérison depuis cette dernière circonstance s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Obs. III.—Un prêtre de la Vendée, prisonnier d'état, âgé de cinquante-cinq ans, éprouva, dix-huit ans auparavant, des difficultés d'uriner après des courses à cheval forcées par les circonstances. Dans ses voyages, il lui fallait souvent mettre pied à terre et faire beaucoup d'efforts inutiles pour uriner, à la suite desquels le fluide déposé dans la vessie s'écoulait tout à coup avec facilité et grands soulagemens. Depuis, ce malade a contracté deux fois la gale dont il semble avoir été bien guéri. Il y a trois ans, nouvelle rétention d'urine qui dura quelques jours et céda au traitement que l'on crut devoir lui opposer. Pendant deux ans de détention à la prison de la Force, cet homme a souffert de vives douleurs dans les lombes du côté droit et à la cuisse correspondante. Transféré à Sainte-Pélagie, il a ressenti de nouveau les mêmes incommodités contre lesquelles j'ai prescrit avec succès les pédiluves très-chauds et les lavemens émolliens.

Le 7 janvier 1814, M. J.... fut pris tout à coup d'un accès de fièvre avec tremblement: des sueurs le terminèrent après douze heures. Le lendemain, un autre prisonnier, qui se disait, chirurgien, prescrivit en lavage deux grains de tartrite de potasse antimonié, qui provoquèrent trois ou quatre vomissemens et deux ou trois petites selles; le quatrième jour de la maladie, il fit avaler une demi-once de magnésie avec deux gros de poudre de quinquina: quelques évacuations alvines en furent l'effet. La tisane habituelle consistait en une décoction de chiendent, de réglisse et d'orge.

Pendant l'accès de fièvre, les urines coulèrent en très-petite quantité et fort épaisses: après, elles furent plus abondantes, rouges et chargées. Tout à coup, elles s'arrêtèrent dans la nuit du septième au huitième jour; un bain local rétablit leur cours, mais l'émission en fut difficile et douloureuse; dès ce moment le chirurgien ajouta deux gros de nitrate de potasse à la boisson ordinaire.

Le huit, quelques irritations hémorroïdaires déterminèrent à l'application de quelques sangsues à l'anus, et, par ce moyen, on fit une forte saignée. Cependant, les urines ont continué de couler avec peine et peu à la fois, immédiatement après cette application de sangsues, et le malade s'étant à peine remis au lit, un besoin d'uriner devint pressant et tous les efforts furent inutiles. Le chirurgien introduisit une bougie qui se courba dans le canal et ne pénétra pas dans la vessie. On eut recours aux fumigations, qui loin de soulager parurent

exaspérer le mal ; des compresses imbibées d'une décoction émolliente, un bain local procurèrent un mieux qui ne se soutint pas. Les douleurs persistèrent dans la région hypogastrique avec des pesanteurs insupportables sur le rectum et le périnée ; le onzième jour, les accidens étaient de la dernière violence. On tenta de nouveau l'introduction d'une sonde élastique, et une telle résistance fut opposée au-devant de la prostate, qu'on n'osa pas aller plus loin ; trois fois, en retirant cet instrument, il s'écoula de l'urètre un mucus sanguinolent. On vint à l'essai aussi infructueux d'une bougie. Après un instant de calme, les urines coulèrent un peu et s'arrêtèrent bientôt encore tout à fait.

Le malade tomba dans des angoisses si épouvantables, que je fus enfin instruit de sa position et appelé près de lui comme médecin ordinaire de la maison. La rétention d'urine était complète ; la vessie faisait saillie au-dessus du pubis. Cette région ne me parut pas très-douloureuse au toucher ; en la pressant légèrement avec la main, je provoquais des envies plus grandes d'uriner. Le malade faisait de grands efforts ; il poussait sur le périnée et le rectum au point de rendre ses excrémens et de craindre beaucoup une chute de cet intestin. Dans le même moment, le pénis se gonflait prodigieusement et une douleur vive se faisait sentir fixement au-dessous du gland, dans la fosse naviculaire ; enfin, la figure était rouge, tuméfiée et l'agitation était extrême. Le pouls non fébrile se montrait tel qu'on l'observe ordinairement dans tout autre état de souffrance violente, c'est-à-dire, régulier, fort, développé et fréquent. Aussitôt, je me suis borné à prescrire en boisson une légère décoction de chiendent, dans laquelle on a mis infuser un peu de graine de lin et dissoudre quinze grains de nitrate de potasse. En même temps, j'ai donné chaque deux heures un tiers de lavement, composé de la décoction de racine de guimauve, de graines de lin et de pavot. Les urines coulèrent abondamment ; le malade éprouva un prompt soulagement durant lequel il se félicitait d'une situation qui lui faisait croire au retour de la santé.

Le 12, dès le matin, il survint un nouvel accès plus violent que les précédens. Je crus nécessaire d'introduire une sonde élastique de médiocre grosseur, et je parvins dans la vessie avec la plus grande difficulté ; le gonflement du pénis, le rétrécissement spasmodique de l'urètre et de sa portion membraneuse furent les obstacles que j'eus à vaincre. J'étais assuré de n'avoir pas fait de fausse route ; mais il ne sortait pas une seule goutte d'urine. Je retirai l'instrument qui était très-étroitement serré et je vis son bec et ses yeux obstrués et embarrassés par d'épaisses mucosités. Je réitérai l'introduction qui fut aussi difficile cette seconde fois et aussi douloureuse que la première ; il ne sortit que quelques gouttes d'urine légèrement teintes de sang par le pavillon de la sonde que je laissai à demeure. Je prescrivis une potion calmante et j'attendis tout du temps.

Cette opération pénible, longue, douloureuse et d'un résultat insignifiant ne fit qu'aggraver l'accès qui se termina enfin. Les urines coulèrent abondamment, mais entre la sonde et le canal, et sans douleur. J'ai fait appliquer un large cataplasme sur l'hypogastre frictionné avec le laudanum. Depuis, cet écoulement s'est soutenu et a entraîné beaucoup de glaires dont le passage causait de vives cuissons sur les parois du canal irrité par la présence de l'instrument. Le 13, le malade se trouva très-bien. Dans la nuit de ce jour au 14, il eut un accès de fièvre qui ne se termina que le matin. Le 16, le peu de sommeil dont le malade jouissait me détermina à lui faire prendre quatre grains de pilules de cynoglosse. Ce jour fut l'époque d'une nouvelle crise très-forte, pendant laquelle la sonde sortit du canal. Les yeux de cet instrument étaient bouchés par des glaires concrètes semblables à de la fibrine, ce qui m'expliqua le non-écoulement des urines par cette voie. L'accès dura cinq heures suivies d'une émission abondante et facile des urines. Le 17, je prescrivis pour la première fois un grain d'extrait de ciguë matin et soir. La nuit suivante fut calme, et la journée du lendemain se passa très-bien. Le 19, les envies d'uriner sont fréquentes et répétées. Chaque fois le liquide coule en petite quantité et laisse une cuisson fort incommode au bout du gland. Vers midi, de légers tiraillemens au périnée ont fait craindre un nouvel accès ; ils n'ont pas eu de suite. La nuit s'est passée dans l'agitation, les anxiétés, l'insomnie, et dans le besoin d'uriner de loin en loin.

Il est à remarquer que, dans le cours de cette maladie cruelle, les exacerbations n'ont point suivi de régularité, que leur durée a varié depuis trois jusqu'à six et sept heures, tant pour l'invasion que pour l'accroissement et le déclin. Il est encore essentiel de noter que les urines, reçues chaque fois dans un verre, ont toujours été claires, limpides et blanchâtres, sans odeur, déposant par le refroidissement un mucus blanc épais, qui a diminué avec l'irritation du méat urinaire, et disparu lors même que les accidens nerveux se manifestaient encore avec force. Peu à peu le mieux s'est soutenu et l'appétit est devenu meilleur que dans le cours de la maladie.

Le 21, trois grains d'extrait de ciguë ont été pris chaque jour. Le 23, la dose a été portée à quatre grains. Le mieux ne cessait de croître, les urines causaient toujours de la cuisson en parcourant le canal. Le 35e jour, la santé m'a paru assez affermie, et j'ai fait cesser le traitement.

Obs. IV. — Le 3 avril 1814, j'ai eu à traiter d'un catarrhe pulmonaire adynamique madame B...., âgée de 75 ans. Cette maladie a été si grave, que, pendant plusieurs jours, tout annonçait que l'issue en serait funeste : il en a été décidé autrement. La convalescence a eu lieu et a été troublée par des douleurs atroces de la vessie et du canal de l'urètre. A cette occasion, madame B.... m'a rapporté que depuis 25 ans elle a éprouvé des souffrances semblables, dans les saisons du printemps ou de l'automne ; qu'après un petit nombre de jours, elles cessaient peu à peu et complétement lorsqu'il sortait quelques gouttes de sang avec les urines.

Cette fois, cette circonstance ne s'est pas présentée, et la maladie s'est prolongée au-delà de 20 jours,

accompagnée des mêmes accidens que ceux dont j'ai fait un exposé assez répété et détaillé. Les moyens connus ont procuré peu d'avantages ; les préparations d'opium ont été d'une faible utilité. Rien n'a mieux soulagé que l'exposition fréquente sur l'eau froide. En un mot, le mal a insensiblement perdu de son intensité et s'est terminé, pour ainsi dire, *per lysim* ou par résolution. Dans la violence des accidens, lorsque les urines étaient rendues fréquemment et en petite quantité, ou qu'après des intervalles de deux ou trois heures elles coulaient en abondance, elles n'ont jamais cessé d'être blanches, limpides et non-sédimenteuses. Il est encore digne de remarque que cette femme âgée, et d'une constitution profondément altérée, est dans un état de souffrances habituelles des membres ; que des douleurs générales de toutes les parties du corps l'ont violemment tourmentée dès qu'elle a été convalescente de son catarrhe pulmonaire. Enfin la dernière maladie, celle de la vessie, a coïncidé avec la température sèche et froide de l'atmosphère, et paraît avoir moins cédé aux remèdes employés sous diverses formes qu'au retour d'un air plus chaud et plus doux.

Telles sont les principales observations que j'ai recueillies sur une maladie peu connue et à peine indiquée dans les traités de médecine pratique les plus modernes. Peut-être qu'il me serait possible d'en extraire d'autres des auteurs anciens et de quelques modernes déjà éloignés de nous. Ces recherches ne me donneraient pas un résultat capable de satisfaire, d'ailleurs elles m'écarteraient du but que je me suis proposé ; elles nuiraient à mon projet de n'offrir que le fruit de mon expérience et de mes réflexions, plutôt qu'un traité dogmatique.

Seconde partie.

Ces observations, jointes à d'autres que j'ai employées utilement dans un second mémoire, m'ont à peu près donné le nom propre à cette maladie que je me propose d'appeler *névralgie rhumatismale de la vessie.*

C'est encore l'expérience qui m'a fait distinguer cette affection en aiguë et en chronique. Je ne traite ici que de la première espèce.

§ I. — *Signes de la névralgie rhumatismale aiguë de la vessie.*

Chez les personnes habituellement tourmentées de rhumatisme, on observe les symptômes précurseurs suivans : cessation ou diminution sensible de la douleur sur le point qui en était primitivement le siége ; pesanteur à l'hypogastre ; embarras à la partie inférieure et antérieure des lombes avec gêne dans ces régions. Sentiment d'un léger frisson ; invasion progressive de la douleur qui dans son principe fixe peu l'attention, mais qui prend une intensité graduée. Battement au périnée et au rectum ; élancement dans les environs jusqu'aux symphyses sacro-iliaques, selon la direction des uretères. Souvent cette maladie attaque à l'improviste. Alors on est tout à coup surpris par un violent frisson suivi d'une chaleur âcre et insupportable. Un fièvre continue s'allume, et si des exacerbations ont lieu, elles ne se terminent guère que par une très-faible moiteur.

Les malades se plaignent passagèrement de coliques d'estomac ou d'entrailles, quelquefois suivies d'évacuations alvines glaireuses. Par suite la sensibilité de la vessie devient très-exaltée ; la plus petite quantité d'urine ne peut être gardée. A chaque émission, ce liquide brûle à son passage, cause des cuissons ardentes aux orifices opposés du méat urinaire, qui durent encore quelques minutes lorsque ce besoin souvent répété est douloureusement satisfait. Pour peu qu'il y ait de l'urine dans la vessie, les malades s'agitent de mille manière ; ils ne peuvent garder le lit, ni rester assis, à cause de l'extrême chaleur qu'ils endurent. A chaque instant, ils se présentent à la garde-robe ; ils font des efforts semblables à ceux que provoque le ténesme et se croient menacés d'une chute du rectum. Des femmes, auprès desquelles j'ai été appelé, m'ont assuré que les douleurs de l'enfantement sont beaucoup moins vives que celles qu'elles éprouvent dans ces cruels momens.

Par la suite, les besoins d'uriner sont plus éloignés, on parvient jusqu'à compter une, deux, trois ou quatre heures, pendant lesquelles le mal est très-supportable et même tout à fait suspendu. Mais chaque fois qu'il y a nécessité d'uriner, on voit se développer le même appareil de symptômes. Après quelques efforts, les urines parcourent librement le canal et sans causer de douleur. Il n'est pas rare que leur jet s'interrompe brusquement et à plusieurs reprises. La quantité de l'évacuation est relative à la durée des intervalles de calme et à la masse des boissons légères dont on recommande l'usage. L'urine est ordinairement rouge, si elle est en petite quantité ; si elle abonde, sa couleur est celle d'une faible décoction de chiendent ; elle ne dépose jamais. Lors du contraire qui est rare, tout se borne à un médiocre sédiment muqueux et blanchâtre. On ne peut mieux comparer la teinte de cette urine copieuse qu'à celle particulière à l'urine que des personnes rendent à l'issue des repas et à des distances rapprochées. Elle a aussi la plus grande analogie avec celle du même fluide excrété pendant le frisson d'une fièvre intermittente, ou propre aux femmes à la fin d'un accès d'hystérie ; de celui rendu fréquemment lors des premières impressions d'un air froid et humide, ou de l'immersion du corps dans l'eau courante d'une rivière ou dans un bain domestique. Il est digne de remarque qu'une telle émission n'a jamais lieu avant que l'on ne souffre à l'orifice vésical de l'urètre et au bout du gland ; que toute la douleur cesse pendant l'acte facile de cette évacuation, pour reparaître lorsqu'elle est terminée, et dure près d'un quart-d'heure en perdant insensiblement de son intensité.

Je donne encore le phénomène suivant comme constant pendant les douleurs, en quelque sorte expulsives, qui tourmentent chaque fois qu'on urine : le pénis se gonfle toujours de manière à ne donner que l'idée d'un boursouflement et non celle de l'érection. Chez les femmes,

le clitoris, les grandes et les petites lèvres se développent, le bourrelet antérieur du vagin devient saillant au-devant de l'entrée de ce canal.

Comme tous les rhumatismes, celui-ci a une première invasion de 24 à 48 heures et plus, avec une intensité suspendue par quelques momens de moindres souffrances. Ce temps écoulé, la douleur ne cesse pas complétement; elle laisse de courts intervalles de repos; elle a plusieurs exacerbations plus ou moins rapprochées dans la journée, en affectant un type continu rémittent. Les plus violentes ont constamment lieu le soir, ou lorsque la nuit a commencé depuis quelque temps. Elles s'annoncent à six, huit ou dix heures et se prolongent en augmentant jusqu'à une heure du matin, décroissent peu à peu, et se terminent à quatre ou cinq, quelquefois plus tard. Il n'est pas sans exemple que le soir et la nuit se passent dans le calme, tandis que les douleurs se font sentir dès le matin pour continuer pendant toute la première partie du jour. Il n'est pas extraordinaire non plus de ne voir aucun ordre dans ces mouvemens, de même, à moins que je ne me sois trompé, je crois avoir observé des intermittences quotidiennes bien prononcées. Pendant ces accès prolongés, il est commun de voir les malades ne pas rendre une seule goutte d'urine; ils sont tourmentés d'une rétention complète. Le fluide déposé des reins par les uretères augmente en quantité, distend les parois de la vessie qui s'élève au-dessus du pubis, où il est facile de la sentir et de la circonscire avec la main et les doigts. Les angoisses des malades sont alors portées au plus haut degré; ils s'agitent de mille manières dans le lit, debout, assis; la pression sur l'hypogastre rend plus vifs les besoins d'uriner; enfin le terme de l'accès est celui où le liquide sort par torrens et procure ainsi un grand calme du physique et du moral.

Un fait que je ferai connaître dans mon second mémoire, m'a convaincu que cette névralgie abandonne quelquefois la vessie pour se porter sur le cuir chevelu, sur les tempes, les arcades dentaires et l'articulation des mâchoires : je l'ai vue causer des pleurodinies, des suffocations et la gêne de la respiration. Sur les mêmes individus, j'ai encore noté que ces différentes parties tour à tour affectées cessaient d'être le siége de la douleur qui se portait sur l'estomac et les entrailles. C'est alors qu'il survenait des coliques, des diarrhées muqueuses, des nausées, des vomituritions continuelles suivies d'efforts inutiles et répétés, ou de vomissemens de matières blanches, transparentes et filanteuses du blanc d'œuf avec soulagement de courte durée. A cet état des entrailles, se joignent aussi des flatuosités, des éructations et des vents rendus avec ou sans bruit; *strepentes aut silentes*, Hipp. par le haut ou par le bas. Après beaucoup de variations semblables, la douleur se reportait sur la vessie, perdait chaque jour de sa violence jusqu'à son entière cessation qu'on n'observe pas en général avant un mois ou six semaines.

S'il faut en excepter les premiers jours, il n'y a pas de fièvre : seulement le pouls est plus élevé pendant les exacerbations. Les malades conservent leur appétit, ils sentent le besoin de manger comme en parfaite santé. Toutes leurs fonctions digestives sont régulières, faciles et s'exécutent sans trouble.

Je ne terminerai pas ce paragraphe sans revenir sur la cause immédiate de la rétention d'urine, accompagnée d'un gonflement de toutes les parties extérieures de la génération. Lors de la violence des accès, les malades ne manquent jamais de spécifier que ce qu'ils éprouvent ressemble à ce qui produit la plus forte constriction. C'est cette contraction involontaire des sphincters de l'anus et de la vessie qui détermine le gonflement des organes génitaux extérieurs. J'ai considéré ce phénomène sur les deux sexes pendant le temps de l'émission même des urines; j'ai pu m'assurer de son mode d'être, de sa durée et de sa disposition progressive, lorsqu'il n'y avait plus aucun besoin. Ce boursouflement répond au moment où le périnée et l'anus fortement contractés s'opposent au cours des urines. Je me suis rendu certain à plusieurs reprises que la sonde étant dans la vessie d'une femme et fermée par l'application du pouce, il ne s'écoulait rien entre cet instrument et l'urètre. C'était lorsque les plus vives douleurs se trouvaient coïncider avec la contraction violente de l'anus. Les explications auxquelles je néglige toujours de me livrer semblent me persuader que la vessie est dans ce cas simultanément en contraction avec le diaphragme et les muscles abdominaux; que le périnée, fatigué par tant d'efforts dirigés contre lui, cède et se relâche; qu'alors les urines ou le liquide injecté sortent par torrens entre le canal et la sonde, et que l'anus livre passage aux excrémens, comme il arrive souvent aux femmes prêtes d'accoucher.

§ II. — *Diagnostic.*

Nous avons à considérer, pour préciser le diagnostic, le caractère des douleurs, la quantité des urines, l'état des parties extérieures de la génération et les anomalies qui résultent du transport du siége du mal sur d'autres parties.

1° Lorsqu'il existe une habitude rhumatismale, une fièvre précédée de froid et de frisson annonce le début de la maladie. Ensuite chaleur, battemens ou élancemens dans la région du périnée, continus pendant vingt-quatre ou quarante-huit-heures, suivis d'un sentiment de torpeur et d'engourdissement et de la cessation de la fièvre. La douleur, sans disparaître tout à fait dans le premier temps, redouble plusieurs fois dans la journée; plus tard elle a des exacerbations, le soir, ou le matin, dont la durée est de plusieurs heures et dont le terme n'est accompagné ni de moiteur, ni de transpiration manifeste. Enfin apyrexie complète, sentiment de bien-être dans l'intervalle des accès qui s'observent avec l'élévation et un peu de fréquence du pouls. Cette maladie règne dans les saisons humides et froides. Lorsqu'elle paraît guérie depuis quelque temps, elle est sujette à des retours, si l'atmosphère devient froide et chargée d'humidité.

Les envies fréquentes d'uriner avec efforts très-vifs

d'expulsion, en même temps que l'anus et le périnée se contractent violemment, ce sentiment de constriction accusé par les malades, la cessation de tous ces symptômes jusqu'à un nouveau besoin, concourent encore à établir le diagnostic.

2° Émission d'une petite quantité d'urines rouges à des intervalles très-courts, lors du début de la maladie avec des souffrances atroces au périnée et au bout du gland, avec ardeur et cuisson, quand elles parcourent le méat urinaire. Toutes les fois que les besoins sont éloignés de plusieurs heures, des douleurs précèdent et suivent la sortie libre et facile de ce liquide clair, limpide, aqueux, abondant et sans sédiment; la rétention d'urine est opiniâtre pendant les exacerbations; les parties extérieures de la génération, gonflées tant que durent les contractions du périnée, reviennent à leur état naturel dès qu'il n'y a plus de souffrances ni d'efforts expulsifs.

3° Vers le déclin et dans l'intervalle des accès ou des exacerbations, on observe des malaises, des nausées avec vomituritions ou vomissement de matières glaireuses, albumineuses qui soulagent un moment. L'appareil urinaire paraît quelquefois complétement débarrassé, en même temps que d'autres parties sont souffrantes. C'est ainsi que tous les symptômes dont il a été parlé font place à des coliques d'estomac, d'entrailles, à des douleurs vagues de la tête, du cuir chevelu des oreilles, des dents, des mâchoires, de la poitrine et des grandes articulations.

§ III. *Parallèle entre cette névralgie et le catarrhe aigu de la vessie.*

Le catarrhe aigu de la vessie est la seule affection qu'il soit possible de confondre avec la névralgie rhumatismale. Mais avec un peu d'attention, on aperçoit facilement les différences entre l'une et l'autre maladie. Toutes les deux, il est vrai, débutent par une fièvre intense qui n'a pas de durée au-delà de vingt-quatre et de quarante-huit heures dans le cas dont il s'agit et qui cesse d'exister avec des rémissions et des exacerbations marquées et distinctes lors d'un catarrhe. Dans la névralgie, on n'observe d'élévation, de plénitude et de fréquence du pouls que durant les souffrances. Celles-ci reviennent par accès de trois, quatre, six heures et plus, avec des phénomènes capables d'effrayer, tandis que, chez les catarrheux qui ont toujours de la fièvre, elles sont continues, et ont leur siége immédiat dans le corps de la vessie. On ne peut appuyer le plat de la main sur leur hypogastre tendu, sans leur arracher des cris. Il en est autrement chez les névralgiques, lors même que la vessie est remplie d'urine.

Les catarrrheux continuent d'uriner, avec efforts, cuissons et sentimens d'ardeur; les névralgiques, au contraire, au milieu de leurs tourmens, ont une véritable rétention, d'une durée égale à celle de l'accès dans quelques circonstances; et si l'urine coule, c'est constamment avant et après que les douleurs sont vives dans les points qui répondent au périnée et au bout du gland. Il n'y a d'ardeur en dedans du canal de l'urètre que dans les premier temps, lorsqu'on est pressé par le besoin très-fréquent de rendre une très-petite quantité d'urine rouge et brûlante; mais il n'en existe absolument aucune quand ce liquide sort abondamment après un intervalle de quelques heures. En s'attachant à ce qu'on appelle période de crudité des catarrhes, tant qu'elle existe, l'urine qui sort en petite quantité est limpide : à mesure qu'on approche de la période de coction, elle dépose un sédiment muqueux et blanchâtre dont les proportions vont toujours en augmentant, jusqu'à ce qu'en diminuant, elles fassent prévoir le terme prochain de la maladie. La fièvre suit la même marche. On observe encore de la maigreur, ou la perte notable de l'embonpoint et une convalescence dont la direction exige les plus grands soins. Rien de semblable ne se remarque chez les névralgiques.

1° Ils n'ont point de fièvre. 2° Leurs urines sont d'autant plus claires, limpides et aqueuses qu'elles sont plus abondantes. Jamais elles ne déposent, et s'il en est autrement, ce n'est que pour un instant et passagèrement. L'observation rapportée du prêtre de la Vendée semble prouver le contraire; mais on n'aura plus de contradictions à remarquer, si on se rappelle qu'il y a eu une irritation mécanique de l'intérieur du canal de l'urètre d'où suintait la mucosité dont il a été question. 3° Dans l'intervalle de leurs accès, les névralgiques semblent jouir de leur santé accoutumée; ils peuvent vaquer à leurs affaires et se livrer même à quelque occupation pénible. 4° Le mal les abandonne brusquement et ils ne passent pas par les intermédiaires d'une convalescence. 5° Enfin l'introduction d'une sonde très-petite est aussi difficile chez eux que s'il y avait rétrécissement du canal. Pour les catarrheux, une main exercée n'a aucune peine à introduire cet instrument.

On peut conclure que la névralgie rhumatismale aiguë de la vessie est une maladie qui diffère essentiellement du catarrhe aigu dont le même organe est quelquefois affecté.

§ IV. — *Pronostic. Causes.*

A dater du moment de l'invasion, on a lieu de présumer que la maladie sera longue, si l'on se trouve en automne ou en hiver, qui ne laissent de guérison parfaite qu'au retour du printemps. Néanmoins, j'ai traité quelques personnes dans cette dernière saison. Leur mal a été rebelle, parce que l'été qui suivait s'est passé dans un état constant de froid et d'humidité. Les chaleurs jointes à la sécheresse amènent souvent la santé tout à coup. Pour prédire la durée de cette névralgie, il faut avoir égard à la constitution individuelle et à la manière actuelle dont la saison se comporte. L'affection n'est pas de nature à céder promptement aux remèdes prescrits avec la méthode la plus sévère, et le mieux ne s'obtient qu'avec une lenteur extrême. Dans tous les cas, elle ne donne jamais la mort, et il est plus ordinaire de la voir passer à l'état chronique.

Quant aux causes, on est déjà très-avancé dans leur

recherche, lorsqu'on est parvenu à s'assurer qu'il existe une habitude rhumatismale. Mais si on ne connaît rien de semblable, on est prompt à soupçonner des varices du col de la vessie ou de la glande prostate. L'anatomie pathologique n'éclaire guère sur ce point ; car à l'ouverture du cadavre des personnes qui ont succombé après de longues souffrances, les vaisseaux variqueux que l'on rencontre peuvent être regardés comme effet et non comme cause. D'ailleurs cette même disposition vasculaire n'a-t-elle pas été observée un grand nombre de fois sur des corps d'individus, qui, durant leur vie, n'avaient pas éprouvé de douleur dans les voies urinaires ? On a également pensé à la suppression d'un flux hémorroïdal, ou à son transport sur le col de la vessie. Alors pourquoi les urines ne sont-elles donc pas teintes de sang ?

On parle beaucoup de la répercussion d'une exanthème quelconque peu de temps avant le début d'une telle maladie, et de son retour lorsque celle-ci est guérie ; d'où on conclut nécessairement à la réalité de la cause que l'on s'efforce de découvrir. Les incertitudes sur ce point se multiplient aussitôt que l'on réfléchit que quand un viscère important est menacé de devenir, ou est déjà le centre d'une fluxion, toutes les autres parties du corps sont libres de leurs affections particulières ; ou que les symptômes de celle-ci sont moins graves et beaucoup plus supportables, s'ils ne disparaissent pas tout à fait. C'est pourquoi personne n'ignore que toute la maladie habituelle locale ou constitutionnelle se reproduit dans son état primitif après la guérison d'une autre plus aiguë et qui n'était que fortuite.

Nous concluons que les causes de cette affection douloureuse des organes urinaires sont les mêmes que celles du rhumatisme, et qu'il y a du danger pour le traitement à se livrer avec trop de confiance à l'idée de suppression d'un flux habituel de répercussion et de métastases humorales.

§ v. — *Indications curatives.*

Les indications curatives sont *empiriques, générales, relatives ou individuelles et accidentelles.*

1° *Empiriques.* — La nature et les causes de la maladie étant constatées, on s'attache à combattre tel ou tel symptôme prédominant. On tente de détourner le centre de la fluxion et de le transporter sur une partie qui sympathise davantage avec l'appareil urinaire. Pendant qu'on agit ainsi, on étudie le caractère de la saison, l'habitude catarrhale ou rhumatismale du malade, les accidens dont on suit les mouvemens, les exacerbations et ses effets secondaires ; et on ne tarde pas à s'apercevoir que, si les douleurs ne se calment pas, c'est moins parce qu'on leur oppose des remèdes présumés contraires, que parce qu'il est de leur essence de persister et de ne cesser qu'à une époque difficile à prévoir. Les indications déduites de *juvantibus et nocentibus* conviennent généralement aux malades et aux médecins peu instruits des dogmes de leur art. Si les praticiens habiles les adoptent quelquefois, ce n'est que pour faire preuve d'un savoir profond. En effet, dans des cas difficiles, l'efficacité de certains remèdes les conduit à la connaissance exacte d'une maladie embarrassée ou masquée par une foule de symptômes qui lui sont étrangers.

2° *Générales.* — Il n'est pas en notre puissance d'accommoder l'atmosphère à notre constitution, ni d'empêcher que les corps vivans ne sentent l'influence de la température des milieux qu'ils habitent ; mais il ne tient qu'à nous de nous y soustraire en plus ou en moins, et c'est à la médecine d'en indiquer les moyens. L'indication générale étant connue sous le rapport atmosphérique, on la remplit avec un succès toujours subordonné à la constitution des malades, à la régularité dans l'exécution de ce qui est prescrit et à la bonne méthode curative. Ici tout est du ressort du médecin qui consulte nécessairement l'expérience. Il sait qu'une maladie quelconque dont les caractères évidens la détachent de la masse de celles qui règnent épidémiquement, conserve néanmoins des rapports avec cette même épidémie dont elle exige le traitement général.

3° *Relatives ou individuelles.* — Le médecin doué d'un certain degré de sagacité, que relève une expérience consommée, sait que les tempéramens pituiteux ou muqueux originaires ou acquis, favorisent l'invasion des douleurs rhumatismales. Il reconnaît que dans ces deux circonstances différentes de constitution individuelle, s'il est indiqué de recourir à un traitement général qui s'accorde avec la saison et le caractère de l'épidémie régnante, il ne l'est pas moins d'accommoder celui que l'on nomme spécifique au tempérament de chaque individu. Alors s'il n'existe qu'une seule méthode curative, elle n'a point qu'un seul mode d'application, il n'y a pas qu'un seul ordre de médicamens qu'on puisse adopter exclusivement.

Les indications *accidentelles* ont rapport à la répercussion des dartres, à la dessiccation des ulcères et à la cessation temporaire d'une foule de maladies chroniques. Ces phénomènes ne manquent pas de se faire remarquer lors du début et pendant le cours des affections aiguës constitutionnelles. Il ne faut pas croire à la nécessité de rappeler de suite les efflorescences cutanées, les écoulemens supprimés, car les efforts dirigés vers ce but sont constamment vains. Observons plutôt les mouvemens de la maladie générale ; attendons la crise. Or, comme nous savons que c'est à dater de la convalescence que les altérations locales reprennent leur cours, c'est donc à cette époque qu'il importe de remplir cette indication accidentelle qui commande l'usage des vésicatoires et des topiques propres à faire reparaître les exanthèmes habituels, le suintement des ulcères.

La suppression de flux sanguins habituels utérins ou hémorroïdaux serait-elle considérée comme cause immédiate d'une névralgie rhumatismale aiguë de la vessie ? on est peu exposé à l'erreur en cherchant à provoquer aussitôt le cours des règles ou des hémorrhoïdes. La saignée ne nuit jamais dans les périodes d'irritation ; les praticiens en précisent l'espèce et en modèrent la force, selon que le tempérament se prête plus ou moins

aux évacuations sanguines, qui deviennent spontanément habituelles et régulières, quand la maladie constitutionnelle est jugée et suivie d'une bonne convalescence.

§ VI. — *Traitement.*

Pour satisfaire à l'indication générale, l'art ne reconnaît rien de meilleur qu'une température douce et uniforme qu'on se procure par un séjour prolongé dans le lit, par l'habitation d'un appartement exposé au midi et non trop échauffé dans le temps des froids rigoureux. Le génie des maladies régnantes appelle ensuite l'attention. Il est inflammatoire, bilieux, adynamique ou muqueux, et fait préjuger les avantages qu'on doit se promettre de la saignée, des évacuans, des échauffans, des stimulans ou excitans auxquels on ne peut indifféremment avoir un recours immédiat. Pour ne parler que de la saignée, n'a-t-on pas remarqué que, pratiquée hors de propos, elle n'est souvent dangereuse qu'autant qu'elle est contr'indiquée par la constitution épidémique; une fièvre bilieuse qui survient à la fin de l'hiver ou au commencement du printemps, peut prendre un caractère alarmant, si on l'attaque de suite avec un émétique; au contraire, elle peut perdre beaucoup de sa gravité, si elle est promptement combattue de la même manière en été et en automne. La saignée est efficace dans le premier cas et suspecte dans le second.

La méthode curative étant trouvée, quelles que soient les modifications dont elle est susceptible sous les rapports atmosphériques, épidémiques et individuels, il convient d'agir en raison des périodes d'irritation ou de crudité, d'accroissement et de coction de la maladie.

Dès le début, la diète et un régime doux se trouvent à leur place, ainsi que les boissons délayantes. Plus tard, les infusions légèrement aromatiques ou excitantes, les médicamens toniques, les amers, une nourriture plus restaurante doivent être successivement prescrits. Chez les personnes épuisées par des évacuations antécédentes, la maladie passe rapidement à la période de débilité, et exige qu'on adopte de bonne heure le régime restaurant, les cordiaux, les toniques et les antiscorbutiques.

Si, tout étant satisfaisant en ce qui concerne l'exercice des fonctions vitales et animales, les douleurs persistent et menacent de devenir chroniques, les praticiens croient n'avoir plus qu'un symptôme à faire disparaître; ils lui opposent les narcotiques, les spécifians seuls ou unis au quinquina, les décoctions chargées de bois sudorifique, les extraits de morelle, de ciguë, d'aconit napel, de jusquiame sur l'efficacité desquelles l'expérience ne se prononce pas exclusivement. C'est à cette dernière époque que tantôt l'un, tantôt l'autre de ces médicamens m'a réussi lorsque je l'associais aux irritans cutanés loin du siége de la douleur. J'ai toujours eu soin d'exclure les cantharides, par la crainte de leurs effets fâcheux sur les voies urinaires déjà si douloureusement entreprises.

Cette méthode curative m'a réussi; les effets ne sont pas prompts parce qu'il est de l'essence de la maladie de marcher avec une lenteur peu commune.

La douleur est quelquefois un symptôme si vif et si inquiétant, que les médecins se croient forcés de la combattre. L'opium, les saignées, les bains, les lavemens, les fumigations, les rubéfians sont autant de moyens auxquels ils s'empressent de recourir. Je puis dire n'en avoir vu aucun réussir dans le début de cette névralgie rhumatismale. L'opium, même précédé d'une large ouverture de la veine, cause un engourdissement fort pénible qui n'étouffe point la sensation de la douleur, à moins d'une pléthore sanguine bien prononcée. Combien de fois n'ai-je pas vu des saignées copieuses et répétées être absolument sans effet? je puis protester que je me suis constamment trouvé mal des sangsues, des fumigations, des bains entiers ou locaux. L'application d'une fraîcheur modérée procure seule du soulagement et facilite beaucoup l'écoulement des urines. Des portions de lavemens narcotiques avec ou sans addition de laudanum ou d'opium produisent un effet salutaire, quand on a eu soin de les faire précéder par d'autres dont la propriété laxative sert à évacuer les gros intestins.

Outre la douleur insupportable que l'on croit devoir combattre à l'aide des narcotiques et des opiacés, on est souvent pressé d'évacuer la vessie, afin de mettre un terme aux angoisses que cause la rétention d'urine. Le cathétérisme est toujours difficile et très-douloureux, et lorsque la sonde a été introduite avec succès, les malades n'en souffrent pas moins beaucoup et longtemps au périnée et au bout du gland. Je ne dis pas qu'il faille absolument renoncer à cette opération; mais j'atteste, d'après mon expérience, que, quand on avait eu la force et le courage d'attendre la fin de l'accès prévue d'après la durée des précédens, le cathétérisme devenait constamment inutile. On opposera, au conseil que je semble donner en faveur de l'expectation, la crainte de quelque crevasse; je réponds que le tissu de la vessie peut résister longtemps avant de céder; que dans le moment dont il s'agit, il fait de grands efforts sur la masse du liquide; que l'organe ne se crève jamais et qu'il tombe auparavant dans une atonie ou une inertie qui le rend passif consécutivement et susceptible de se distendre encore davantage.

Dans ces cas de douleur et de rétention d'urine, la médecine des symptômes est donc loin de satisfaire. Néanmoins elle n'est pas à négliger par la juste impatience du malade et celle des personnes qu'il intéresse; seulement le médecin qui l'exerce avec sagacité ne peut lui accorder une confiance, toutes les fois que la maladie n'est point arrivée à cette époque qui favorise ses succès.

Telles sont les observations et les remarques que j'avais à communiquer sur ce que j'ai appelé *névralgie rhumatismale aiguë de la vessie.* Je désire que ce travail en provoque d'autres plus utiles et plus complets sur une maladie cruelle, longue et difficile dont je n'ai trouvé de bonne description nulle part. Je crois être

parvenu à la distinguer du catarrhe aigu de la vessie et à la présenter comme une affection spéciale et distincte qui se rattache au genre *rhumatisme*, et qui participe de la névralgie proprement dite.

De la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur; par M. Raoul Chassinat, docteur en médecine de la faculté de Paris.

(suite et fin (1).)

Résumant ce qui a été dit dans la première partie de ce mémoire, je suis porté à attribuer la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur à un ramollissement préalable de son tissu musculaire, produit par une inflammation survenue d'emblée dans ce tissu, ou consécutivement à une phlegmasie de la membrane interne ou du péricarde. Bien entendu que toujours il devra y avoir endocardite (2).

Mais ce n'est pas tout d'avoir supposé avec quelque raison l'existence de ce ramollissement, il faut nécessairement admettre qu'il n'a été que partiel : et alors quel que soit le point ramolli, soit le sommet du ventricule, soit toute autre partie de ses parois, deux circonstances peuvent avoir présidé à ce ramollissement partiel, et l'une ou l'autre de ces circonstances est indispensable pour qu'il acquiert le degré nécessaire à la production de l'effet supposé. Il faut qu'il soit borné à un seul point, le reste du ventricule étant complétement sain, ou bien qu'il soit plus considérable en ce point que dans tout autre, dans le cas où le ventricule entier serait affecté.

Dans les seize observations citées, on a remarqué que neuf fois la dilatation occupait le sommet du ventricule, que six fois seulement elle occupait un autre point ; dans un cas, son siége n'a pas été indiqué d'une manière précise. On doit donc conclure que la fréquence de cette maladie à la pointe du cœur est incomparablement plus grande que dans le reste de son étendue. On ne pourrait tirer une conclusion aussi générale, si l'on comparait absolument ces deux parties l'une à l'autre, sans tenir compte de leur étendue respective; et c'est sans doute ainsi qu'a procédé M. Reynaud (*loc. cit.*), quand il a nié cette fréquence plus grande des dilatations partielles à la pointe du ventricule plutôt qu'ailleurs. Certainement, comme il le fait observer, il y a environ autant de faits pour l'un comme pour l'autre siége; mais que l'on fasse attention que l'un n'est tout au plus que la cinquième partie de l'autre, en étendue ; on sera alors en droit de conclure qu'à égalité absolue dans la fréquence de ses lésions, celui-là sera relativement cinq fois plus souvent affecté, qui sera cinq fois moins développé en superficie.

Cela posé, serait-il possible d'établir pourquoi la pointe du ventricule gauche est plus fréquemment le siége d'un ramollissement inflammatoire prédisposant aux dilatations partielles que tout autre point de ce ventricule ?

Il n'y aurait rien de déraisonnable à supposer, que l'inflammation a envahi d'emblée le sommet du ventricule gauche, à l'exclusion de tout autre point. Ainsi, les toxicologistes ont reconnu que les préparations arsenicales introduites dans l'économie produisent, entre autres symptômes, une inflammation de la membrane interne du cœur ; et que cette inflammation a cela de remarquable, qu'elle se montre en différens points séparés par des intervalles parfaitement sains, de manière à constituer plusieurs petites cardites partielles. Mais comme, sans cette cause, ces faits seraient nécessairement fort rares, et que d'ailleurs, il n'y aurait pas de raison pour que la pointe du cœur fut affectée de préférence à tout autre point de cet organe, examinons s'il n'existe pas dans l'organisation anatomique, et dans les fonctions de cette partie, quelque modification particulière qui l'expose à être plus souvent que toute autre affectée d'un ramollissement inflammatoire assez intense pour qu'il s'opère une dilatation sous la pression excentrique du sang.

Supposons une inflammation générale de toute la membrane interne du ventricule gauche du cœur, avec ramollissement de ses fibres charnues dans une épaisseur donnée. A la partie supérieure du ventricule, les parois sont trop épaisses pour que le ramollissement les ait complétement envahies ; il y aura par conséquent encore un assez grand nombre de fibres saines, pour résister à l'effort du sang. A la pointe au contraire, dont l'épaisseur est beaucoup moins grande, le ramollissement, qui avait envahi à la base du ventricule un plan de fibres qui ne faisait que la moitié, par exemple, de l'épaisseur du ventricule, se trouvera, par suite de cet amincissement naturel, avoir envahi toute l'épaisseur de la paroi. Il en résultera qu'il n'y aura plus de fibres saines capables de résister à l'action du sang tendant à distendre le ventricule ; il surviendra alors en ce point une distension progressivement croissante, une dilatation partielle. Première cause.

Pendant la systole du cœur, la pointe de cet organe se redresse et vient frapper les parois de la poitrine. Ne pourrait-on pas trouver dans ce choc contre un corps dur, choc sans cesse répété, et d'autant plus fréquent, que les battemens du cœur sont plus accélérés, par suite de l'irritation dont il est le siége, une cause permanente d'inflammation pour le sommet du ventricule gauche, point sur lequel le choc a toujours lieu? Il me semble que dans un autre organe en proie à une phlegmasie, même, légère, si une partie de cet organe, et toujours la même était exposée à une percussion continuelle, et d'autant plus forte et plus répétée que l'inflammation ferait plus de progrès, comme cela arrive dans la cardite où l'accélération et la force des battemens du cœur,

---

(1) Voir le précédent cahier de la *Revue*.

(2) Je ne veux pas dire qu'il soit impossible que la dilatation ne se produise d'une autre manière ; mais dans l'état de la science, et en ne considérant que les faits connus, il est difficile d'admettre une autre théorie.

et par conséquent des chocs de sa pointe contre le thorax, sont proportionnelles à l'acuité de la phlegmasie, il me semble, et je pourrais dire, je suis convaincu que cette partie deviendrait le siége d'une altération plus profonde que tout autre point du parenchyme de l'organe. Pourquoi en serait-il autrement du cœur ?

Je crois que c'est ainsi que se produit le ramollissement du sommet du ventricule gauche, dans la grande majorité des cas ; j'y suis autorisé par l'examen des lésions anatomiques, rencontrées dans les observations connues jusqu'à ce jour. Cependant, je ne nie pas que quelquefois l'inflammation ne puisse porter d'emblée sur ce point et l'affecter seul, j'avais déjà émis cette proposition dans les pages précédentes. Il faut même faire cette supposition pour les cas où le ramollissement partiel envahit un autre point du ventricule ; car je n'imagine aucune hypothèse capable de donner une autre explication de ce fait. Mais cela doit être bien plus rare.

Je conviens que les deux propositions, sur lesquelles je base l'explication de la fréquence plus grande des cardites à la pointe du cœur, ne sont que deux hypothèses ; mais elles ont au moins l'avantage d'être établies sur une donnée anatomique et une donnée physiologique que l'on ne peut contester, et de rendre compte des faits ; c'est déjà quelque chose.

Étant donné ce ramollissement partiel du tissu du cœur, il est facile d'expliquer la dilatation locale de cet organe, sans qu'il soit besoin d'admettre une autre cause, comme un obstacle apporté au cours du sang à l'orifice ventriculo-aortique ou dans le trajet de l'aorte. En effet, j'ai déjà exposé plusieurs fois ce mécanisme : à chaque contraction du cœur, le sang pressé réagit dans le sens d'une force dont la direction serait perpendiculaire au plan des parois, il tend donc à repousser ces parois en dehors. Mais, dans l'état normal, la résistance offerte par ces parois s'oppose à cette action du sang, et il en résulte la répulsion vers l'axe du ventricule, et par suite son ascension dans l'aorte, seule ouverture par laquelle il puisse s'échapper, pour se soustraire à la compression qu'il subit, et à laquelle en raison de son existence de corps liquide, il ne lui est pas permis d'obéir. Mais si la résistance des parois n'est pas assez grande pour triompher de la réaction perpendiculaire du sang contre elles, comme cela aura lieu si elles sont ramollies, alors elles céderont, elles seront distendues, repoussées en dehors, il en résultera une cavité qui tendra à devenir plus grande à chaque contraction du cœur (1). La cavité une fois formée, le sang s'y engagera ; il y stagnera. Par suite de cette stagnation, de ce défaut de circulation, il se coagulera ; et il en résultera ces couches concentriques de fibrine qui ont été décrites.

Jusqu'ici la dilatation s'est opérée sous le bénéfice du ramollissement inflammatoire du tissu musculaire du cœur. Mais supposons que l'inflammation se résolve, la dilatation s'arrêtera-t-elle? sa marche de développement sera-t-elle limitée par la durée de l'influence inflammatoire? Je ne pense pas. En effet, par suite du ramollissement les fibres musculaires se sont distendues. Supposons que l'inflammation et par conséquent le ramollissement cessent, les fibres réagiront-elles à leur tour sur le sang, reviendront-elles sur elles-mêmes, ou au moins cesseront-elles de céder à la force distensive du sang? Non. Ces fibres, distendues outre mesure, ont perdu leur ressort, elles ne sont plus susceptibles d'une action de contraction, elles ne peuvent être que passives ; ne constituant plus qu'une membrane plus ou moins mince, elles n'ont plus que les propriétés des tissus membraneux, elles s'allongeront si elles doivent recouvrir une masse de concrétions plus volumineuse. Il en sera absolument comme de la vessie ou des intestins paralysés, l'augmentation d'urine ou de matières fécales les distend comme un suc inorganique extensible, et cette distension est d'autant plus facilement produite qu'elle est déjà plus grande, ou, en d'autres termes, que la masse de matières agissant comme corps dilatant devient plus volumineuse, car les fibres musculaires, ayant perdu leur ressort, ne sont plus susceptibles d'opposer une résistance assez grande.

J'ai dit que la tunique musculaire du ventricule gauche se dilatait en s'amincissant, au point de ne plus former qu'une simple membrane sur la masse polypiforme, renfermée dans la cavité résultant de cette distension. Mais il arrivera un instant où, par suite de l'augmentation trop considérable de cette masse, et de la pression de dedans en dehors qu'elle exercera par suite du choc du sang contre elle à chaque contraction du ventricule, il arrivera dis-je, un instant où la couche musculaire ne pourra plus s'amincir davantage, étant parvenue à la limite de sa possibilité de distension. Alors il n'y aura plus, en quelque sorte, asssez de matière, pour que l'enveloppe musculeuse continue à se former sur les concrétions fibrineuses ; l'espèce de malléabilité en vertu de laquelle le plan musculaire s'étendait, aura un terme ; il en résultera une interruption dans quelques-uns de ses points. L'inégalité d'épaisseur de ce plan, par suite de son organisation normale, et de la disposition des colonnes charnues, fera que cette solution de continuité s'opérera plus tôt dans certains points que dans d'autres ; il en résultera que l'aspect de ces ruptures arrivées les unes plus tôt les autres plus tard, à des distances inégales du point de départ, sera semblable à celui d'une frange ; on ne

(1) On pourrait peut-être me demander pourquoi, s'il suffit d'une faiblesse plus grande des fibres musculaires en un point du ventricule pour qu'il s'y forme une dilatation, le même phénomène ne survient pas dans tous les cas d'ulcères, d'abcès, etc., du cœur, altérations dans lesquelles il y a évidemment affaiblissement local de la paroi ventriculaire affectée, tandis que cela aurait lieu dans un simple ramollissement inflammatoire? J'avoue que je ne connais aucune solution à cette question. Serait-ce que dans ce cas la portion de la paroi restée saine suffit pour résister à l'effort du sang, ce qui n'aurait pas lieu dans un ramollissement phlegmasique? Cela peut être, mais il m'est impossible de ne pas rester dans le doute.

verra plus alors, comme l'ont décrit MM. Breschet et Bérard, « que quelques lambeaux frangés de substance » charnue dans les parois de la tumeur. » Faudra-t-il en conclure que la dilatation partielle ne s'est opérée qu'après rupture préalable des fibres charnues en un point? D'après ce que j'ai dit, il me semble inutile de répondre à cette proposition; car il est facile de voir que cette rupture sera un effet et non la cause première du développement de la tumeur anévrysmatique.

D'après cela, il m'est permis de dire que l'on n'aurait pas dû assimiler la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur à l'anévrysme faux consécutif des artères, ainsi que l'entend Scarpa. En effet, selon cet auteur, la destruction complète des tuniques interne et moyenne de l'artère s'opère d'abord par suite d'une maladie préalable; il en résulte une ouverture plus ou moins grande, de forme plus ou moins arrondie, par laquelle s'échappe le sang dans la gaîne celluleuse du vaisseau; de sorte que les parois de la poche anévrysmale se trouvent dès le commencement exclusivement formées par cette tunique celluleuse de l'artère. Or, il n'en est pas ainsi dans la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur. Dans l'observation de M. Reynaud, non-seulement la tunique séreuse, que jusqu'à un certain point on peut rapprocher ici de la membrane celluleuse des artères, n'existait pas seule, mais la membrane interne et la couche charnue existaient encore; mais cela était remarquable encore dans l'observation de M. Harrison et dans celle que j'ai recueillie, eu égard au grand volume de la tumeur. Au reste, dans presque tous les cas, les fibres musculeuses existaient d'une manière plus ou moins évidente dans les parois de la tumeur. J'avais donc raison de dire que la maladie qui nous occupe n'est pas identique avec l'anévrysme faux consécutif de Scarpa. Mais doit-on, avec M. Ollivier (*loc. cit.*), la considérer comme un *anévrysme vrai* du cœur analogue aux anévrysmes vrais des artères, dont Boyer cite quelques cas dans son Traité des maladies chirurgicales? On le pourrait dans certains des cas cités, surtout dans les observations de MM. Harrison et Reynaud et dans la mienne; mais on ne le peut plus quand la tumeur a acquis assez de volume pour qu'il y ait eu rupture de la tunique interne et de la tunique musculeuse du sac, par suite d'une trop grande distension. On pourrait alors considérer cette affection comme un *anévrysme mixte externe;* mais j'ai préféré lui conserver le nom de *dilatation partielle*, lequel ne préjuge rien.

La formation de la cavité accidentelle une fois établie, voyons ce qui pourra survenir quand elle aura acquis un développement assez considérable.

D'abord, comme déjà je l'ai dit, elle se remplira de caillots fibrineux plus ou moins denses, résultant de la coagulation du sang qui s'y accumulera. Ces caillots, superposés les uns aux autres, s'organiseront peu à peu, et prendront les différens aspects qui ont été décrits. Il résultera de cette accumulation de masses polypiformes dans une des parties du ventricule gauche une forme particulière de la cavité de ce ventricule, et certaines modifications dans ces fonctions que je dois signaler. La partie inférieure de cette cavité sera limitée tout à fait en bas, par la surface libre du caillot fibrineux: il en résultera que cette cavité, au lieu d'être conique avec son sommet en bas, aura une forme cylindrique (obs. de M. Breschet), ou même la forme d'un tronc de cône creux à son sommet en haut, comme je l'ai noté dans l'observation que j'ai citée. Il resultera de là que, lors de la contraction du ventricule, les deux parois pourront se rapprocher jusqu'au contact, seulement dans la partie supérieure; car, dans la partie inférieure, la masse incompressible qui sépare les deux parois l'une de l'autre s'opposera à ce rapprochement; de sorte que, même dans la contraction la plus violente possible du ventricule, il existera toujours un espace de forme pyramidale ayant sa base sur la surface du caillot fibrineux et son sommet au point de contact plus ou moins intime de la partie supérieure des parois ventriculaires. Dans cet espace stagnera le sang; il en résultera la formation de nouvelles couches fibrineuses, et un véritable obstacle à la circulation, qui nécessitera de la part des parois du ventricule un redoublement d'efforts pour expulser tout le sang qui le distend, et pour rendre complète la fonction qui lui est dévolue; savoir: de projeter aux organes, par le système artériel, tout le sang revivifié qui est nécessaire à leur nutrition, et qui a été versé par l'oreillette gauche. De ce redoublement d'efforts du ventricule, il devra résulter ce qui résulte toujours de l'augmentation d'un organe musculaire sain, et ici j'admets cette condition pour la partie supérieure du ventricule, c'est-à-dire une augmentation de nutrition, une véritable hypertrophie avec ou sans dilatation de la cavité. En effet, on a vu que dans plusieurs des cas cités, cette hypertrophie existait sans aucune autre altération, ou avec des altérations trop peu considérables dans le trajet de l'aorte ou à l'orifice ventriculo-aortique, pour l'expliquer d'une manière satisfaisante. Je ne veux pas dire pour cela que l'hypertrophie ne puisse être due dans ces cas à une autre cause; mais seulement que celle que j'indique peut contribuer à la produire.

Après ces considérations sur la cause prochaine de la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, je vais essayer d'établir quelque chose de général sur ce que cette affection peut présenter, sous le point de vue des caractères anatomiques, des causes, des symptômes, du pronostic et du traitement.

Caractères anatomiques.

En un point quelconque des parois du ventricule gauche du cœur, le plus souvent à son sommet, on rencontre une cavité anormale d'une étendue variable, depuis un demi-pouce (obs. de MM. Reynaud et Biguardi) jusqu'à plusieurs pouces de diamètre (obs. de Corvisart, de Zannini, de M. Harrison, etc.) Cette étendue de la cavité ne dépend pas toujours uniquement de son ancienneté, elle doit dépendre aussi de la grandeur de l'altération partielle préalable; et c'est même

à la réunion de ces deux conditions qu'il faut attribuer la capacité énorme qu'elle peut acquérir dans certains cas. L'aire de l'orifice doit mesurer assez bien cette grandeur de l'altération préalable.

Cette cavité communique avec le ventricule par une ouverture arrondie d'un diamètre plus ou moins grand et proportionnel ordinairement au volume de la dilatation. Cet orifice est constitué par un anneau lisse et poli d'une consistance variable, mais d'autant plus grande que la maladie est plus ancienne. Il est quelquefois cartilagineux, osseux même (obs. de Corvisart). Il est composé des mêmes parties que les parois de la cavité ; avec cette différence qu'à toutes les époques de la maladie, il est possible, dans tous ses points, de reconnaître distinctement les trois tuniques juxta-posées qui le forment.

La poche anévrysmale est remplie de sang coagulé. Les caillots présentent différens aspects selon leurs différens degrés de vétusté. Ainsi, ils peuvent être récens : alors ils sont mous, noirâtres, comme du sang veineux (obs. de Zannini), ou bien ils ne consistent plus qu'en une masse de fibrine plus ou moins organisée, plus ou moins dense, de couleur variable, rougeâtre, jaunâtre, blanchâtre même et comme fibreuse. Plusieurs de ces concrétions fibrineuses peuvent exister dans le même sac : alors elles sont disposées par couches concentriques plus ou moins épaisses, susceptibles quelquefois d'être séparées en lames minces comme une feuille de papier (obs. de M. Breschet). Les plus récentes et partant les plus molles, les plus colorées, les moins organisées, existent à la superficie ; les plus anciennes sont situées plus profondément ; de sorte que dans une tranche de cette masse polypiforme qu'elles constituent par leur réunion, on peut reconnaître tous les degrés d'organisation par lesquels elles peuvent passer. Ces couches peuvent être contiguës, ou séparées par un liquide épais, sanieux, semblable à du sang mêlé de pus, comme dans l'observation que j'ai rapportée. Elles peuvent même contenir, dans leur épaisseur, divers produits inorganiques, comme des amas de matières, participant des qualités physiques du plâtre et du savon (obs. de Zannini) ; ces concrétions adhèrent plus ou moins intimement aux parois de la cavité qui les renferme, surtout latéralement ; tout à fait à son fond, elles peuvent en être séparées par une certaine quantité de liquide sanieux (mon observation).

Il résulte du développement de cette cavité et de sa réplétion de caillots fibrineux une tumeur d'un volume variable. Quand elle est peu volumineuse, elle ne fait aucune saillie à la surface du cœur (obs. de M. Reynaud) ; mais dans les cas contraires, cette saillie devient apparente, et elle peut être portée au point que la tumeur acquérir un volume égal à celui du cœur tout entier (obs. de M. Harrison), ou du poing d'un homme (obs. de Zannini). Cette tumeur lisse, arrondie, est, dans la majorité des cas, séparée du reste de l'organe par un rétrécissement circulaire en forme de sillon, correspondant à l'anneau qui constitue à l'intérieur l'orifice de la cavité anévrysmale.

Les parois de cette poche sont plus ou moins épaisses, et d'une consistance plus ou moins grande, selon le degré de la dilatation et selon son ancienneté.

Au début de la maladie, ou peu de temps après sa formation, il est facile de reconnaître dans ces parois les trois tuniques du cœur, mais modifiées et altérées d'une manière plus ou moins notable. Ainsi, la tunique la plus intérieure du sac sera constituée par la membrane interne du ventricule devenue plus consistante, plus épaisse, plus opaque et comme opaline. La tunique moyenne sera formée par le plan musculeux devenu considérablement plus mince, plus pâle et comme fibreux ; enfin, la plus extérieure de ces trois tuniques sera le feuillet viscéral du péricarde ayant subi des altérations analogues à celles de la membrane interne, c'est-à-dire étant plus épais, plus consistant, moins transparent, offrant diverses colorations ; blanc, grisâtre, ou noirâtre en certains points comme je l'ai observé, recouvert même de fausses membranes assez épaisses (obs. de M. Bérard aîné).

Dans un degré plus avancé et surtout lorsque la dilatation sera parvenue à son *acmé* de développement, il pourra se faire que les parois de la cavité anévrysmale ne soient plus constituées que par le péricarde ; la membrane interne et la couche musculeuse ayant été rompues, ne se montreront plus que sous la forme de lambeaux frangés, irréguliers et pour l'épaisseur et pour la longueur. Différentes dégénérescences pourront même s'emparer de ces diverses tuniques : ainsi, des plaques cartilagineuses, osseuses, pourront se rencontrer ensemble ou séparément, soit sur la tunique interne, soit sur la tunique extérieure, soit dans la tunique musculeuse, ou plutôt seulement dans le tissu cellulaire qui sépare ces tuniques les unes des autres.

Si, par suite d'une distension trop grande, ou par une autre cause, la tumeur venait à se déchirer (obs. de Galeati, de M. Biguardi), on trouverait en un point de la surface cette déchirure ordinairement peu étendue, de quelques lignes seulement ; et alors une certaine quantité de sang serait épanchée dans la cavité du péricarde, dans le cas où cette cavité n'aurait pas été détruite par suite de l'adhérence du feuillet pariétal avec la tumeur. Cette circonstance explique assez bien la cause de la rupture.

Le péricarde offrira aussi des altérations : sa cavité pourra exister encore et être remplie de sérosité (obs. de M. Harrison) ; ou bien elle pourra être détruite en totalité ou en partie, par suite de son adhérence soit à toute la surface du cœur, soit seulement à celle de la tumeur. Il pourra présenter des arborisations vasculaires plus ou moins marquées, ou être tapissé par de fausses membranes (obs. de M. Bérard aîné). Le tissu musculaire du reste du ventricule est quelquefois hypertrophié, mais toujours d'une manière excentrique ; il peut être aminci. Sa consistance, dans la grande majorité des cas, est normale ; cependant, une fois on l'a trouvé notablement induré (obs. de Zannini). Ces altérations peuvent survenir sans obstacle au cours du sang, soit à l'orifice ventriculo-aortique, soit dans le

trajet de l'aorte. Mais ces obstacles peuvent exister ; ainsi, les valvules sont quelquefois recouvertes de concrétions osteo-pétrées plus ou moins volumineuses ; l'aorte, dans plusieurs points de son étendue, offrira diverses dégénérescences cartilagineuses ou osseuses qui diminueront plus ou moins son calibre, ou seulement altéreront le poli de sa surface interne.

La membrane qui tapisse la face interne du reste du ventricule, offre le plus souvent des traces d'inflammation chronique ; ainsi, elle est épaisse, opaque, d'un blanc laiteux ou jaunâtre. Cette membrane et le tissu cellulaire sous-jacent peuvent être épaissis, susceptibles de se diviser en plusieurs feuillets, et offrant une structure analogue à celle des artères (Reynaud).

Ces altérations concomitantes sont ordinairement bornées au ventricule gauche ; cependant, quelquefois le ventricule droit offre aussi des traces évidentes d'hypertrophie (obs. de M. Bérard jeune), d'autres fois, au contraire, il est dilaté avec amincissement (obs. de M. Bérard aîné).

Causes.

Si l'on veut s'en tenir au simple examen des faits cités, l'étiologie de la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur est fort obscure, quoique l'on connaisse seize observations de cette maladie. Mais s'il était bien démontré pour tout le monde qu'elle n'est qu'un résultat, qu'une conséquence d'une autre altération, d'une inflammation locale, comme cela me semble admissible, il faudrait alors rechercher ses causes parmi celles de la cardite. Jusqu'ici il vaut mieux s'en tenir à ce qui a été observé, et s'il existe des lacunes, laisser au temps et aux observations ultérieures le soin de les remplir.

Ainsi, des seize observations rapportées, il résulte que l'enfance ne paraît pas exposée à la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, mais depuis dix-neuf jusqu'à soixante-dix-sept ans, nous trouvons tous les autres âges susceptibles d'en être atteints. Sur les seize malades observés, cinq n'avaient pas quarante ans ; quatre n'en avaient pas soixante, et chez cinq autres l'âge n'a pas été indiqué. En outre, dix fois elle a sévi sur des hommes et trois fois seulement sur des femmes ; dans cinq cas on a négligé de marquer le sexe des malades. D'après ce relevé, on doit considérer la vieillesse comme moins exposée à cette affection que l'âge adulte ; car chez la plupart des individus âgés de plus de cinquante ans qui y ont succombé, la tumeur avait acquis un volume, et ses parois présentaient une organisation telle, que de toute nécessité, il fallait faire remonter l'origine de son développement à une époque beaucoup plus reculée : cette considération me porterait à admettre que de tous les âges, l'âge adulte serait le plus souvent atteint de la maladie qui nous occupe. Les hommes y sont aussi plus prédisposés que les femmes, comme on a pu le voir par ce qui a été dit plus haut. Existerait-il entre les professions, le genre de travail manuel, les passions, quand ces modifications de l'état social et de l'état organique, sont de celles qui sollicitent des contractions véhémentes du cœur, et la production de la dilatation partielle du ventricule gauche, quelque liaison directe? M. Breschet le croit (mém. cit.), et cela paraît probable.

Ces résultats étiologiques obtenus par l'examen des faits publiés sont-ils en rapport avec ce que l'observation a appris aux pathologistes sur les causes de la cardite? je le pense ; car les ouvrages de ces auteurs en font foi.

En outre, le cas rapporté par Zannini autorise à penser qu'une contusion violente de la région du cœur peut donner lieu à cette maladie. Un fait cité par Akenside (1) fortifie cette opinion. Voici ce fait :

Un enfant reçut à la poitrine un coup violent qui détermina de vives douleurs, et une très-forte palpitation de cœur. Il succomba au bout de six mois après des accès répétés d'hémoptysie. On trouva seulement à la pointe du cœur une tache livide, contuse et sphacélée. La désorganisation du tissu du cœur pénétrait jusqu'à la cavité du ventricule qui offrait des traces d'inflammation dans le reste de son étendue. Le cœur adhérait au péricarde.

L'exemple de Talma (obs. de M. Breschet) prouve aussi que les passions ardentes et désordonnées, quoique simulées, peuvent avoir une certaine influence sur le développement de la maladie que nous étudions ; il en est de même des excès et du déréglement des mœurs (obs. de M. Harrison), peut-être aussi de l'habitude de boire beaucoup de vin (obs. de Zannini). Remarquons qu'ici encore nous trouvons un point d'analogie sous le rapport de l'étiologie entre la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur et la cardite ; car, dans tous les traités de pathologie, les lésions extérieures, les passions vives, les excès, sont placés au premier rang parmi les causes de cette affection.

On est donc forcé d'admettre, en s'en tenant à la simple et pure observation des faits, que la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur ne reconnaît pas de cause qui lui soit propre, en tant qu'on la considérera comme une maladie idiopathique. Qu'au contraire, il sera facile, indépendamment de toute idée théorique, de lui trouver, sous ce rapport, la plus grande analogie avec la cardite.

Symptômes.

La symptomatologie de la maladie qui nous occupe est aussi obscure que l'histoire de ses causes. Parmi les faits cités, les uns, et c'est le plus grand nombre, n'ayant été observés qu'après la mort, n'ont pu être examinés que sous le rapport anatomique. D'autres n'ont donné lieu à aucun symptôme qui indiquât même une maladie du cœur. Dans le petit nombre de ceux où une maladie du centre circulatoire a été reconnue ou simplement soupçonnée pendant la vie les symptômes ont été ceux

(1) Transact. philos., ann. 1764. — Encyclopédie méthodique, art. méd. t. II, p. 319.

que l'on retrouve ordinairement dans les dilatations générales de cet organe, et si quelques malades ont offert certains symptômes particuliers, ces phénomènes ne sont ni assez nombreux, ni assez tranchés pour jeter beaucoup de lumière sur le diagnostic spécial et différentiel de la dilatation partielle du ventricule gauche.

Ainsi, plusieurs malades ont offert d'assez violens symptômes du côté du cœur (obs. de Galéati, de Walter, de Corvisart, de Zannini, de M. Bérard jeune, de Dance, de MM. Cruveilhier et Harrison), tels que : douleur à la région précordiale, continue ou intermittente, quelquefois augmentant par la pression, durant depuis plus ou moins longtemps ; battemens dans la région du cœur, apparens pour l'observateur dans un cas ; palpitations plus ou moins violentes ; anxiété, difficulté de respirer, orthopnée, crachats spumeux, sanguinolens dans un cas : tous accidens survenant par accès et à des intervalles plus ou moins éloignés, et durant depuis un temps plus ou moins long, dans quelques cas depuis plusieurs années. En outre, on a quelquefois observé la faiblesse, l'inégalité, l'intermittence, ou bien la dureté, la plénitude et la fréquence du pouls, l'œdème des membres inférieurs, la lividité, la bouffissure de la face. Qui ne voit que ces symptômes sont ceux des anévrysmes ordinaires du cœur ? Ils ne peuvent donc rien nous apprendre relativement à la dilatation partielle du ventricule gauche. Remarquons néanmoins que, parmi les observations citées, plusieurs ont offert, en autres accidens, quelques symptômes de nature inflammatoire ; ainsi, douleur vive de la région précordiale, augmentant par la pression, mouvemens très-violens du cœur, etc. Je note seulement ce fait, sans y attacher une grande importance, car une simple péricardite consécutive pourrait avoir développé cet appareil phlegmasique.

La percussion et l'auscultation procureront-elles des résultats plus satisfaisans pour éclairer le diagnostic ? Dans aucun des cas cités par les auteurs, on n'a eu recours à ce moyen d'exploration. Dans l'observation que j'ai recueillie, la percussion avait donné un son mat, dans une assez grande étendue de la région précordiale ; mais l'auscultation, comme je l'ai dit, n'avait rien appris de positif. L'expérience ne peut donc engager à s'appuyer, pour le diagnostic, sur aucun signe précis fourni par le plessimètre ou le stéthoscope. Examinons, cependant, si l'on peut établir *à priori* quels sont les avantages que, pour l'avenir, il sera possible de tirer de ces deux modes d'exploration.

De la disposition anatomique du cœur dans la dilatation partielle du ventricule gauche, il résulte que, dans certains cas, la percussion pourra fournir un son mat dans la région précordiale. Mais ce signe indiquera ou un épanchement de sérosité dans le péricarde ou une augmentation de volume du cœur. Cette augmentation de volume pourra être due à une hypertrophie excentrique, à une dilatatation avec amincissement des parois ou enfin à une dilatation partielle. Pour distinguer ces trois genres de maladies, nécessairement il faudra invoquer le secours de l'auscultation. En effet, l'impulsion, les différens bruits résultant des contractions du cœur, leur étendue, leur éclat ou leur obscurité, donneront des signes différentiels d'hypertrophie ou de dilatation générales ; mais en donneront-ils pour la dilatation partielle du ventricule gauche, je ne le pense pas. En effet, on a vu que les parois du ventricule, dans cette affection, n'étaient pas hypertrophiées d'une manière notable le plus souvent, que sa cavité n'avait pas une capacité en rapport avec la dilatation dont elle est le siége, attendu que des couches fibrineuses la remplissent en partie ; il devra donc, dans la majorité des cas, n'exister aucun des signes fournis par l'hypertrophie, et par la dilatation avec amincissement des parois. Le seul signe obtenu sera donc un son mat par la percussion, comme cela s'est rencontré dans la seizième observation ; et encore ce signe ne pourra-t-il être perçu que quand la dilatation sera assez considérable pour avoir notablement augmenté le volume du cœur. Serait-il possible de tirer quelque parti de ces signes négatifs, pour le diagnostic de la dilatation partielle ? On le pourrait peut-être jusqu'à un certain point pour distinguer cette maladie de l'hypertrophie ou de l'atrophie avec dilatatin générale ; mais il y aurait toujours la difficulté de savoir si c'est à un épanchement de sérosité ou à une dilatation partielle que l'on a affaire. Il est vrai que la voussure du thorax dans le point correspondant au péricarde, l'espèce d'ondulation communiquée au liquide par les battemens du cœur, phénomènes notés par les auteurs dans les cas d'hydro-péricardite, pourraient différencier cette maladie de la dilatation partielle : mais ces signes manquent souvent ; et en outre, on reconnaît qu'il est fort difficile de les constater, même quand ils existent.

Je ne cherche pas à apprécier la valeur des bruits anormaux que le stéthoscope peut faire entendre (bruits de soufflet, de rape, de lime, etc.), ces bruits, à ce qu'il me semble, ne pouvant en aucun cas dépendre de l'altération dont nous nous occupons.

Quant à la dépression de l'épigastre, à chaque contraction du cœur, dépendant de l'adhérence de la pointe de cet organe au péricarde et partant au diaphragme, en admettant que ce phénomène existât d'une manière bien réelle et bien évidente, il ne serait qu'un signe de péricardite chronique, et, comme l'a judicieusement fait observer M. Breschet (mém. cit.), il ne servirait pas plus au diagnostic de la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur que les autres phénomènes mentionnés.

Voyons donc cependant s'il n'existe pas quelques symptômes spéciaux, dont l'apparition puisse être considérée comme marquant le début de la maladie.

Parmi les faits cités, dans deux seulement on a pu jusqu'à un certain point remonter au point de départ de la lésion. Chez le gondolier observé par Zannini, il y eut une douleur légère et sans danger évident après une chute sur la poitrine ; ce ne fut que six ans après qu'il éprouva certains symptômes dont le siége est loin d'être parfaitement déterminé, et qui par conséquent n'ont qu'un médiocre intérêt. Après la mort de Talma, on apprit de ses parens que quelques années avant sa mort, après de violens efforts de déclamation, il éprouva

une chaleur vive dans la région du cœur et un malaise qui se prolongea pendant un ou deux jours, mais qui n'attira pas son attention. Le premier fait ne nous apprend rien ; dans le second, doit-on considérer les accidens mentionnés comme le véritable point de départ de la maladie? je crois qu'il est permis d'en douter. Car d'abord, quelle confiance doit-on accorder à un récit d'étrangers parlant, après plusieurs années, de faits qu'on leur a racontés et auxquels ils n'ont dû prêter que fort peu d'attention? Mais en admettant le récit comme l'expression de la vérité, je ne vois pas parfaitement le rapport qu'il peut y avoir entre ces phénomènes et le début d'une dilatation partielle du ventricule gauche du cœur. J'aime donc mieux rester dans l'incertitude. Je noterai seulement le phénomène, et s'il se représentait plus tard, il pourrait alors avoir une importance qu'il n'a pas étant isolé.

Il faut donc reconnaître que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de rapporter à la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, des symptômes qui lui soient propres, ni à son début, ni dans les différentes phases de son cours.

Cette conclusion n'est-elle pas en opposition avec l'opinion qui admet pour point de départ de la dilatation un ramollissement inflammatoire, opinion que j'ai essayé de soutenir dans cette dissertation? En d'autres termes, est-il possible d'admettre une cardite même partielle sans symptômes bien apparens? Je dirai d'abord que les observations que l'on connaît sur la maladie qui nous occupe, n'ont été recueillies, en quelque sorte, que par hasard ; il a fallu, sur les premiers symptômes, dans les cas rares où l'on a pu avoir un commémoratif, s'en rapporter aux récits des parens des malades ou aux souvenirs de ces malades eux-mêmes ; et ces souvenirs, il fallait encore les reporter à des époques reculées. Or, il n'est personne qui ne sache, pour peu qu'il se soit livré à l'observation clinique, quel peu de confiance il faut accorder à de pareils renseignemens. En second lieu, ne pourrait-il pas exister des cardites latentes, ou au moins ne donnant lieu qu'à des symptômes peu caractérisés et susceptibles d'être appréciés seulement par un observateur attentif et éclairé, comme il existe, de l'aveu de tous les praticiens, des pneumonies et des péricardites latentes? les auteurs répondent affirmativement : ils sont précis sur ce point. Ainsi, le professeur Bouillaud (*loc. cit.*), après avoir exposé les caractères de la cardite très-intense, et avoir dit même que quelquefois dans ce cas la douleur est remplacée par une sorte de gêne et de malaise, s'exprime ainsi : « Lorsque la cardite est moins aiguë ou » *plus circonscrite*, elle peut n'être annoncée par au- » cun symptôme inquiétant et se borner à précipiter » les battemens du cœur. » Qu'y a-t-il d'étonnant que ces légers symptômes, même en les supposant un peu plus intenses, aient fui de la mémoire des malades, après de longues années? Je me crois donc en droit de conclure que la symptomatologie n'exclue pas l'idée d'une inflammation partielle du cœur précédant sa dilatation locale.

Pronostic.

Le pronostic est grave, comme doit l'être toute altération profonde d'un organe aussi important que le cœur ; cependant, il n'est pas immédiatement ni même nécessairement funeste : les faits cités prouvent que l'on peut vivre longtemps avec le ventricule gauche du cœur partiellement dilaté, et en n'éprouvant que les symptômes ordinaires des anévrysmes du cœur, et encore, dans plusieurs cas, sans éprouver ces symptômes d'une manière notable, même quand la maladie a acquis un grand développement (obs. de M. Breschet, la mienne, etc). De plus, rien ne s'oppose à ce que l'on considère la cavité anévrysmale comme susceptible de s'oblitérer par suite de l'accumulation de caillots fibrineux consistans, surtout si l'orifice du sac est étroit.

Suivant M. Breschet (mém. cit.), « la rupture de la » tumeur anévrysmale est la seule terminaison connue » de cette maladie. » Or, dans les faits cités par lui, cette terminaison n'a pas eu lieu une seule fois. Qui a pu le porter à émettre une pareille opinion? Parmi les autres faits qui ont été rapportés deux fois seulement, la rupture avait eu lieu (obs. de Galeati, de M. Bignardi) ; je n'entends pas parler du fait de Puerarius, dans lequel le même accident était arrivé. La rupture de la tumeur est donc une terminaison rare ; elle ne sera pas à redouter principalement quand le péricarde adhérera à la tumeur, ce qui a lieu le plus souvent.

Traitement.

D'après les faits cités, on ne peut indiquer aucun traitement particulier pour la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur. Les remèdes qui ont été employés sont ceux que chaque jour on administre dans les anévrysmes ordinaires de cet organe. On ne peut donc, relativement à la thérapeutique de la maladie que nous étudions, tirer aucune conclusion de ce que l'on a fait. Théoriquement et *à priori* peut-on proposer ce que l'on doit faire? jusqu'à un certain point il serait possible de s'opposer à la dilatation en combattant la cardite préalable, si on était appelé à temps et si elle se manifestait par des symptômes bien tranchés, ce qui le plus souvent n'a pas lieu. Quant à la maladie une fois formée, on pourrait diriger le traitement dans le but de procurer l'oblitération du sac anévrysmal ; mais le diagnostic étant impossible dans l'état actuel de la science, la plus grande incertitude régnera nécessairement dans la thérapeutique ; et quand même la théorie ferait découvrir un traitement rationnel et utile, on ne pourrait pas l'employer, car on ignorerait toujours dans quel cas il est réclamé. On devra donc se contenter de faire la médecine du symptôme, comme l'on fait au reste dans la presque totalité des lésions de nutrition du cœur ; on soulagera le malade, on l'aidera à supporter ses maux avec patience ; et si l'on ne peut le guérir radicalement, on lui rendra moins pénibles et moins douloureux le peu de jours qui lui restent encore à vivre.

Conclusions.

De tout ce qui précède on peut conclure que :

1 Le ventricule gauche du cœur est susceptible de se dilater partiellement, avec amincissement de ses parois; seize observations le prouvent d'une manière irréfragable ;

2° Cette dilatation partielle a été observée comparativement beaucoup plus souvent au sommet qu'en tout autre point du ventricule ;

3° Dans aucun cas, on ne peut prouver que cette dilatation soit le résultat d'une ulcération ou d'une rupture, sans altération préalable, de la membrane interne et des fibres les plus intérieures du plan musculaire;

4° La plupart des faits observés offrant des traces évidentes d'inflammation chronique du ventricule, on est autorisé à penser que cette dilatation a lieu dans la tres-grande majorité des cas, pour ne pas dire toujours, sous l'influence d'un ramollissement inflammatoire local de la membrane interne et des fibres charnues du ventricule ;

5° L'examen anatomique des parties empêche de considérer l'affection qui fait l'objet de notre étude comme un anévrysme faux consécutif du cœur ainsi que l'entend Scarpa, attendu que dans les cas où il y a rupture de la membrane interne et des fibres charnues, cette rupture est l'effet du développement de la tumeur et non sa cause productrice;

6° Dans l'état actuel de la science, on ne peut rien établir de positif sur les causes et les symptômes de la maladie ; mais le peu que l'on en connaît n'exclut pas l'idée d'une certaine analogie avec la cardite ;

7° en général, le pronostic quoique grave n'est pas nécessairement funeste;

8° Le traitement n'a rien qui lui soit particulier : c'est celui des affections organiques du cœur.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

OCTOBRE 1836.

Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas (Mémoire couronné par la Société médicale d'Emulation de Paris); par J. T. Mondière, *D. M. P., membre de plusieurs Sociétés savantes, médecin-adjoint de l'hôpital de Loudun (Vienne).*

(Fin.)

Squirrhe-cancer. — Il résulte des recherches nombreuses auxquelles nous nous sommes livré, que ces altérations sont les plus fréquentes de toutes celles auxquelles est exposé le pancréas. Mais comme dans un assez grand nombre des faits que nous avons recueillis, le squirrhe du pancréas n'existait pas seul, nous n'avons pas dû en tenir compte : car ce ne peut être que par le rapprochement d'observations où le pancréas aura été seul malade, que l'on doit espérer parvenir à distinguer, sur l'homme vivant, le squirrhe du pylore ou du duodénum de celui du pancréas, et arriver à un diagnostic, sinon plus utile au malade, au moins plus sûr et plus satisfaisant pour le médecin. C'est ce qui nous fait regretter que M. Bécourt n'ait pas rapporté, dans tous ses détails, une observation de M. Abercrombie, dans laquelle le pancréas, seul organe malade, était entièrement squirrheux et non changé dans ses dimensions.

Quelques médecins, et M. Roux (1) entr'autres, ont semblé douter que le pancréas pût être le siége primitif du cancer. Mais l'opinion de ce professeur se trouve détruite par les faits que nous allons rapporter; et l'obscurité qui règne encore aujourd'hui sur le diagnostic de la dégénération dont nous nous occupons maintenant, nous fait un devoir de consigner ici les résultats fournis par toutes les observations qui sont venues à notre connaissance. Toutefois, pour nous renfermer dans les bornes d'un mémoire, nous rapporterons quelques faits seulement dans leur entier, et pour les autres nous nous contenterons de présenter le résumé de ce qu'ils offrent de particulier.

Obs. Ire (2) — M. S. S., jeune homme d'une constitution délicate, très-adonné à l'étude, et menant une vie sédentaire, éprouva quelques années avant sa mort, une douleur obtuse profondément située dans la région épigastrique; il y avait courbure du corps en avant, et impossibilité de le tenir dans une position verticale, même assis sur une chaise, sans augmentation considérable de cette douleur. Peu de mois après l'apparition de cette dernière, il survint de la dyspepsie, le pyrosis, et par fois des vomissemens. L'appétit était généralement bon, mais aucun aliment ne pouvait être retenu dans l'estomac, si ce n'est le lait, qui formait la plus grande partie de la nourriture du malade.

Les moyens employés contre cette affection furent les émétiques, les cathartiques et les vésicatoires sur la région épigastrique. Ces derniers produisirent toujours de l'amélioration, qui n'était cependant que passagère. La douleur, le pyrosis, les vomissemens existèrent avec plus ou moins de violence jusqu'à quelques mois avant la mort, époque à laquelle il se déclara une phthisie pulmonaire bientôt mortelle.

Autopsie. — Emaciation du corps. La cavité des plèvres contenait un peu de sérosité; les poumons étaient tuberculeux. Il y avait un léger épanchement dans l'abdomen; l'épiploon était privé de graisse, l'estomac et les intestins fortement contractés. Le foie, la rate et les organes urinaires étaient parfaitement sains. Le pancréas était le seul viscère abdominal qui offrit des altérations pathologiques : il était deux fois au moins plus volumineux que dans l'état sain, squirrheux, surtout à son extrémité droite qui embrassait le duodénum, et comprimait si fortement le pylore que son ouverture admettait à peine l'extrémité d'une sonde ordinaire.

Obs. IIe — M. B. S., jeune homme de 27 ans, livré à des occupations sédentaires, et prenant peu d'exercice en plein air, fut pris, un peu avant sa mort, d'une tuméfaction des glandes parotides et sous-maxillaires, ainsi que de quelques ganglions du cou. Cet engorgement disparut tout à coup, et aussitôt après une tumeur considérable se montra dans la région épigastrique, s'accompagnant d'une douleur violente et profonde, et de vomissemens presque continuels. Comme dans le cas précédent, il y avait courbure du corps en avant, impossibilité de garder, soit assis, soit debout, la position verticale, sans augmentation des douleurs. L'estomac ne gardait que les alimens froids. Il y avait ordinairement constipation qui ne cédait qu'aux pur-

(1) *Mélanges de Chir. et de Phys.* Paris, 1809, in-8°, dans le Mémoire sur le cancer.

(2) Cette observation et la suivante appartiennent au docteur Thomas Sawal.

gatifs. Ces substances, les vésicatoires sur l'épigastre, l'opium et l'eau de chaux, furent les moyens les plus efficaces pour soulager le malade ; mais leur action ne fut que palliative, la faiblesse et la maigreur firent des progrès, et bientôt la mort survint.

Autopsie. — Organes thoraciques parfaitement sains. L'abdomen contenait un peu de sérosité. L'épiploon était privé de graisse, et l'estomac et les intestins fortement contractés. Le foie, la rate et les reins étaient dans leur état normal. Le pancréas avait un volume triple; son extrémité gauche se prolongeait jusque dans la région lombaire, tandis que la droite, pressant fortement sur le duodénum et l'estomac, avait presque oblitéré l'orifice pylorique. Sa surface était partout irrégulière, dure, résistante, et présentait dans quelques points un tissu squirrheux.

Dans ces deux cas, qui ont entre eux les plus grands rapports, nous ferons remarquer l'âge peu avancé des malades, la marche rapide de la maladie, circonstance à laquelle on doit peut-être d'avoir trouvé le pancréas seul affecté; et si cette opinion venait à être appuyée par de nouveaux faits, il faudrait conclure, contre l'opinion de la plupart des pathologistes, que bien plus souvent qu'on ne pense, le pancréas est le point de départ de ces désorganisations profondes et étendues des organes de la région épigastrique. Il ne faut pas non plus perdre de vue, parmi les symptômes qu'ont présentés ces deux malades, la nature de la douleur, les vomissemens, l'impossibilité de garder une position verticale, et même de redresser le tronc; le pyrosis observé chez le premier, circonstance qui vient encore prêter un appui à l'opinion que nous avons émise sur la nature de cette affection, et chez le dernier, ce gonflement des glandes parotides et sous-maxillaires, qui venant à disparaître subitement, fut remplacé par une lésion semblable du pancréas qui bientôt entraîna la mort. Nous noterons aussi les bons effets des vésicatoires, moyen qui a, constamment dans ces cas et dans bien d'autres analogues, apporté de l'amélioration.

Bien qu'il ne puisse entrer dans notre pensée de donner les deux observations que l'on vient de lire comme le type des dégénérations cancéreuses du pancréas, cependant pour nous renfermer dans les limites que nous avons dû nous prescrire, nous allons nous borner maintenant à résumer brièvement les circonstances les plus importantes au diagnostic, que présentent les faits qui nous restent à examiner, négligeant tout ce qui n'est qu'accessoire. Nous reviendrons d'ailleurs sur quelques-uns de ces faits quand nous essayerons de nous élever à l'histoire générale de notre sujet, et comme nous nous faisons toujours un devoir de citer exactement les sources auxquelles nous puisons, le lecteur pourra, s'il le juge convenable, achever ce que nous n'avons dû en quelque sorte qu'ébaucher dans un travail de cette nature.

Chez une femme de 54 ans, morte en 1831 à la Pitié, dans le service de M. Andral (1), et qui succomba à une affection cancéreuse bornée au pancréas, on observa dans la région dorsale, des douleurs intolérables qui irradiaient dans la partie latérale gauche du thorax, parcouraient toute la région abdominale, et venaient s'éteindre dans la région de la rate. La malade comparait ces douleurs, qui revenaient plus souvent la nuit que le jour, tantôt à des coups de marteau, et tantôt à des coups de poignard. Le pancréas, transformé en une masse cancéreuse, comprimait l'aorte abdominale et les plexus nerveux qui s'épanouissent sur ce vaisseau, circonstance qui rend compte des vives douleurs que la malade éprouvait.

Des vomissemens opiniâtres sont souvent le seul symptôme caractéristique que l'on observe. Ceci arrive dans les cas où la tête du pancréas étant le siége principal de la maladie, le duodénum et le pylore se trouvent comprimés de manière à ne pas permettre le passage des liquides. Alors l'absence des autres symptômes propres au cancer de l'estomac peut faire reconnaître le véritable siége de la maladie. C'est ce qui eut lieu dans un cas rapporté dans *l'ancien Journal de médecine* (1). L'autopsie vint confirmer le diagnostic du médecin.

Mais dans des cas semblables, le diagnostic deviendra bien plus facile si, aux vomissemens et à l'absence de tout symptôme de lésion de l'estomac, se joignent un ptyalisme abondant et des déjections *salivaires*. Tel était le cas de la maladie observée par M. Bobe-Moreau (2), médecin à Rochefort. Ici encore la tête du pancréas étant principalement malade on observa l'ictère et des vomissemens opiniâtres, et plus tard une salivation fatigante et des déjections composées de fluides pituiteux, salivaires, incolores, et sans odeur désagréable.

Cette salivation survenant à une époque plus ou moins avancée de la maladie, et quelquefois dès le début, ce qui, d'après nos recherches, est un symptôme presque constant, a offert dans un seul cas (3), à notre connaissance du moins, un caractère particulier : elle était très-abondante et horriblement fétide. Chez ce malade on observa aussi, comme chez ceux du docteur Sewal, une douleur atroce dans la région lombaire, et qui empêchait le malade de redresser le tronc, dès qu'il était assis ou courbé. Ajoutons enfin que dès le début de la maladie, il y eut des vomissemens de matières glaireuses, symptômes que nous avons déjà fait remarquer plusieurs fois dans ce travail, et que M. Bécourt (4) a eu lui-même occasion d'observer chez un malade qui succomba à un squirrhe du pancréas facilement appréciable au toucher, à travers les parois abdominales.

Ce dernier fait de M. Bécourt suffirait déjà pour contredire ce que Bayle et M. Cayol (5) ont avancé, savoir : que les véritables squirrhes du pancréas sont peu volumineux et ne peuvent être palpés distinctement à travers les parois abdominales. Déjà cependant avant l'époque

(1) Lancette française, T. V, N° 18.

(1) 1791. T. LXXXIX, p. 73.

(2) Bulletin de la Soc. méd. d'Emulation, 1823, p. 393.

(3) Journal universel. T. LVII, p. 5.

(4) Loc. cit., p. 60.

(5) Dictionnaire des Sciences médicales. T. III, p. 642.

à laquelle écrivaient ces deux médecins, M. Marjolin (1) avait publié un cas de squirrhe du pancréas, dans lequel on découvrait, par le toucher, une tumeur volumineuse, bien que la tête de l'organe fût malade. Cette dernière circonstance doit déjà faire pressentir au lecteur l'existence d'un symptôme dont nous avons déjà parlé, savoir, une coloration ictérique de la peau.

Cette tuméfaction du pancréas, appréciable dans un très-grand nombre de cas, est quelquefois le siége de pulsations très-fortes, comme dans le cas suivant : Une femme non mariée, âgée de 47 ans, éprouvait dans la région épigastrique une douleur continuelle qui s'étendait dans l'hypochondre gauche et augmentait par la pression. Le toucher faisait découvrir une tumeur qui était le siége d'une forte pulsation ; il y avait maigreur extrême, constipation, inappétence ; plus tard survinrent des vomissemens. Le pancréas était squirrheux, et l'artère splénique était comprise dans la tumeur formée par cette glande dégénérée (2). Ici, on voit qu'on aurait pu, jusqu'à un certain point, commettre une méprise, et croire à l'existence d'un anévrysme de l'aorte ou d'un autre vaisseau, et la méprise eût été d'autant plus pardonnable, que jusqu'à nos jours l'attention des médecins n'a que très peu été fixée sur les affections du pancréas.

C'est à cette espèce d'oubli qu'il faut sans doute rapporter l'erreur dans laquelle tomba M. A. Petit (3). Un homme se présente portant à l'épigastre une tumeur qui avait le volume, la forme et tous les caractères extérieurs d'une hernie : elle avait succédé à de violens efforts ; elle était molle, compressible, facilement réductible, s'accompagnait de hoquet et de vomissemens. Petit crut reconnaître une hernie par étranglement de l'estomac et du colon. En présence de tous ses collègues, il opère et trouve en effet l'estomac au centre de la tumeur, mais il n'était point renfermé dans un sac herniaire ; *le pancréas engorgé l'avait poussé en avant, et le tenait comprimé entre sa surface interne et les parois abdominales ;* il éprouvait là une espèce d'étranglement qui occasionnait tous les accidens trompeurs de la hernie ; il adhérait fortement au pancréas.

Les affections chroniques du foie, organe auquel quelques physiologistes font jouer un rôle dans l'hématose, ont été regardées comme la cause la plus fréquente de l'anémie symptômatique. Cette opinion s'appuie sur des faits irrécusables. Mais au foie seul n'appartient point ce privilége, car les altérations du pancréas ont été suivies du même effet, comme il résulte de quatre observations publiées par Abercrombie (4), et dans lesquelles il existait un état anémique très-prononcé.

Dans toutes les observations que nous avons précédemment citées, la mort est survenue sans que le cancer du pancréas fût passé à l'état de ramollissement et d'ulcération ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et on a vu assez souvent le squirrhe ulcéré envahir et détruire l'estomac, le duodénum, un gros vaisseau, et donner lieu à des vomissemens de sang et même à des hémorrhagies mortelles. Le docteur Mattheis (1) a vu l'estomac perforé dans une grande étendue, vers la région pylorique, chez un homme qui succomba après avoir éprouvé les symptômes ordinaires du cancer du pancréas (vomissemens, éructations acides, tumeur, douleur vive aux lombes, augmentant la nuit, comme chez la malade de M. Andral, etc., etc.) Chez une femme dont Hasenœhrl (2) relate l'observation, il y eut une hémorrhagie assez abondante par la bouche. A l'autopsie, l'estomac et les intestins furent trouvés pleins de sang ; quelques vaisseaux de l'estomac avaient été détruits par l'ulcération. Van Doeveren (3) a vu un cas tout semblable. Le docteur Mabille (4) a recueilli un fait dans lequel un examen attentif de la portion ulcérée du pancréas fit découvrir l'artère splénique mise à nu, isolée de toutes parts, très-amincie dans ses parois, et ouverte dans deux endroits voisins l'un de l'autre par des ruptures fort longues. Enfin M. Vidal (5) a vu un cas dans lequel le pancréas offrait une ulcération large et assez profonde vers la cavité du duodénum ; à sa surface il y avait un caillot de sang. Le docteur Bright, si connu par la maladie à laquelle il a donné son nom, a rencontré plusieurs fois cette dernière circonstance, et c'est dans des cas de cette espèce qu'il a observé un symptôme auquel il attache beaucoup d'importance pour le diagnostic du cancer du pancréas. Ce symptôme consiste dans un état particulier des évacuations alvines dont une partie plus ou moins considérable présente les caractères d'une substance huileuse ou graisseuse. Le travail du docteur Bright ne fut connu en France qu'après le 1er janvier 1834, terme de rigueur pour la remise des mémoires destinés au concours ouvert par la Société médicale d'Émulation de Paris. Curieux de savoir si le symptôme signalé par le médecin anglais était passé inaperçu pour nous, nous avons relu avec soin tous les cas de cancer du pancréas que nous connaissions, mais dans aucun nous n'avons trouvé ce symptôme indiqué, bien que dans beaucoup d'entre eux les observateurs aient pris soin de noter la plupart des évacuations alvines. Nous sommes donc portés à croire que ce signe ne peut avoir l'importance qu'on a voulu lui donner ; d'ailleurs, M. Bright avoue lui-même qu'il l'a remarqué dans des cas où il n'y avait aucune altération du pancréas (6).

(1) Bibliothèque médicale. T. XXVIII, p. 73 note.

(2) The Edinburgh Journal. T. XXVI, p. 381.

(3) Discours sur les maladies observées à l'Hôtel Dieu de Lyon, inséré dans *Médecine du cœur*, Lyon, 1806, in-8° p. 307.

(4) The Edinburgh médical Journal, 1824. Tome, XXI, page, 243.

(1) Ratio Instituti clinici romani. Rome 1816; in-4° de 38 pp. et 42 tableaux in-folio. Obs. XV.

(2) Hist. med. morb. epid. page. 60.

(3) Obs. path. anat. 1789 T. II, obs. 3.

(4) Recherches sur certaines lésions organiques de l'estomac. Thèse, Paris, 1822, N° 139, pages 20.

(5) La Clinique. Décembre 1829, T. I, page, 234.

(6) *Voyez* l'extrait qui a été donné du travail du docteur Bright, dans les Archives de Médecine, 1834, 2e série. T. IV, p. 248.

Si nous étudions maintenant les effets que produisent les squirrhes du pancréas sur les parties qui l'entourent, nous verrons que ces effets varient suivant l'organe qui supporte la compression la plus forte, car c'est presque toujours de cette manière qu'ils agissent. Lorsque le pylore se trouve comprimé, l'estomac peut se dilater énormément, et le plus ordinairement alors il y a des vomissemens opiniâtres. Chez une dame (1) qui, après la répercussion de la gale, fut prise des symptômes d'une affection du pancréas, et surtout de cardialgie, les alimens étaient vomis sans avoir subi la moindre altération. Elle périt dans le marasme. Toutefois ce symptôme n'est pas constant : Michaélis (2) a vu un cas où il n'y avait pas eu de vomissement, bien que le duodénum et le pylore fussent comprimés au point d'admettre à peine un tuyau de plume ; l'estomac était très-dilaté. Lorsque c'est la portion inférieure du duodénum qui est comprimée, le passage de la bile dans les intestins n'a plus lieu, et elle est rejetée avec les alimens, comme chez le malade dont parle Juppin (3). Le canal cholédoque seul peut être comprimé : alors le cours de la bile est encore suspendu, et c'est dans des cas de cette espèce que l'on observe une teinte ictérique foncée. Ce canal se dilate énormément quelquefois ; dans un cas il offrait un diamètre de deux pouces (4). Des altérations diverses du foie peuvent résulter de la rétention du fluide qu'il sécrète. Ainsi chez une femme (5) de 70 ans qui se plaignait depuis longtemps de douleurs lancinantes dans l'abdomen, et qui, peu observée pendant la vie, sembla succomber à une altération primitive du foie, on trouva le pancréas qui avait pris un développement prodigieux et était presque converti en tissu lardacé. Le docteur Brierre de Boismont, qui rapporte ce fait, ne balance pas à regarder comme cause de la maladie du foie, la tumeur du pancréas qui, comprimant les canaux biliaires, a dû arrêter le cours de la bile : celle-ci, par son séjour irritant l'organe, y a déterminé l'afflux du sang, et par suite diverses altérations. Chez cette femme il existait aussi une teinte ictérique de la peau très-prononcée, et nous pensons que beaucoup d'ictères, sans lésion apparente du foie, doivent être attribués à une hypertrophie du pancréas. Nous dirons à ce sujet que nous nous rappelons avoir lu dans les premiers volume du *London medical Journal*, une longue polémique soutenue par quelques médecins qui voulaient s'attribuer la découverte de cette cause fréquente de l'ictère.

Dans un cas fort curieux où la tête du pancréas devenue squirrheuse comprimait le canal pancréatique à son orifice duodénal, M. Cruveilhier (6) a vu ce canal prodigieusement dilaté.

(1) Ancien Journal. T. XXVI, page 144.
(2) Bibliothèque médicale. T. XLII, page 127.
(3) Ancien Jour. T. LXXXIX, page 73.
(4) The Lancet. Avril 1827.
(5) Archives de Médecine. T. XVI, p. 132.
(6) Anatomie pathologique. T. I, page 286.

Nous avons dit et cité un fait à l'appui, que de la compression de la veine-porte et de ses branches pouvait résulter l'hydropisie ascite. La même cause peut donner lieu à l'hématémèse, et si l'on apportait une sage critique dans l'examen des maladies que les auteurs anciens ont décrites sous le nom de *maladie noire*, on verrait que beaucoup devraient être rapportées au pancréas (1).

Rahn (2) et Portal (3) ont vu l'aorte rétrécie par une tumeur squirrheuse du pancréas, et dans deux autres cas la compression de cette artère entraîner l'apoplexie (4). Enfin Portal (5) et Salmade (6) ont observé des anévrysmes considérables du même vaisseau produits par la même cause.

Encéphaloïde. — Cette dégénération a été observée trois fois par Abercrombie (7), une fois par M. Mériadec Laënnec (8) ; enfin par M. Duponchel (9). C'est de l'observation de ce dernier qu'il a été question quand nous avons parlé des kystes du pancréas. Chez un soldat qui avait offert pour symptômes : digestion pénible, tumeur ovoïde, rénittente en dessus et un peu à gauche de l'ombilic, et paraissant très-adhérente ; vomissemens, constipation opiniâtre, douleur à l'épigastre avec sentiment de torsion, puis enfin régurgitations d'un liquide brunâtre et d'une odeur fétide, on trouva tous les organes sains, et à la place du pancréas, dont il n'existait aucun vestige, un kyste à parois épaisses, d'un volume égal à celui d'un enfant nouveau-né, et renfermant une matière brunâtre qu'on ne peut mieux comparer qu'à du sang coagulé qui aurait été mêlé avec des débris de substance cérébrale ; ce kyste communiquait par une ouverture large comme une pièce de dix sols, avec le duodénum, qui offrait des traces de phlegmasie chronique.

Tubercules. — Quoique la dégénération tuberculeuse du pancréas soit assez rare, elle a cependant été mentionnée depuis longtemps. C'est à cette altération que nous croyons devoir rapporter le cas recueilli au milieu du siècle dernier par Varnier (10), médecin à Vitry-le-

(1) *Voyez* à l'appui de cette proposition des observations rapportées par Portal (Observations sur la nature et le traitement du melæna, dans Mém. de la Soc. méd. d'Émulation. T. II, p. 107) ; par Rhodius (Journal complémentaire. T. XXI, page 80) ; par Latour (Histoire philosophique des hémorrhagies. Orléans, 1828 ; 2 vol. in-8°) ; par Force (Journal de Corvisart. T. XXXIII, page 344).
(2) Diagnosis scirrhorum pancreatis. Obs. anat. pathol. illustrata Gottingue, 1796. — Recus. in Brera. T. II, page 99.
(3) Anatomie médicale. T. V, page 356.
(4) Portal, Traité de l'apoplexie, page 390 ; et Rahn, Loco cit. page 108.
(5) Traité de l'apoplexie ; page 390.
(6) Recueil périodique. T. III, page 454.
(7) Loc. cit., page 518.
(8) Revue médicale, 1824. T. III.
(9) Bulletins de la Soc. méd. d'Emulation de Paris, année 1824, page 76.
(10) Ancien Journal. T. III, p. 9.

Français : Chez une femme déjà âgée, qui avait éprouvé des douleurs entre les épaules et une chaleur extraordinaire à la région épigastrique, on trouva le foie sain, le poumon droit *ulcéré*, et le pancréas plein de glandes scrofuleuses. Quelques années plus tard, Glatigny (1), médecin à Falaise, observa la même dégénération chez une fille de 23 ans morte hydropique. Depuis, les tubercules du pancréas ont été observés par le docteur Nasse (2), professeur à Bonn; par M. Bouillaud (3) : dans ce cas, la masse tuberculeuse comprimait le canal cholédoque et avait donné lieu à une dilatation considérable de la vésicule biliaire, dilatation qui, pendant la vie, en imposa pour une affection organique du grand épiploon; par le docteur Reynaud (4), sur les singes; par le docteur Emmert, sur des chats (5); par M. Mitivié (6); sur les cadavres des docteurs Marquis (7) et M. A. Petit (8); et enfin deux fois par Harles (9). M. Bécourt (10) a traduit une des observations du professeur allemand; ici, comme dans les autres lésions organiques du pancréas, on retrouve encore pour symptômes : rapports aigres avec excrétion de matières glaireuses et salivaires, diarrhée de même nature alternant avec la constipation; salivation, vomissement, douleur profonde à l'épigastre, etc., etc. Le pancréas, plus volumineux, offrait des tubercules nombreux, et dans leur intervalle sa substance était entièrement ramollie, et se laissait déchirer avec la plus grande facilité.

Mélanose. — De toutes les dégénérations organiques que peut présenter le pancréas, la mélanose est la moins connue encore; et si nous en parlons ici, c'est dans le but seulement de prouver que cette glande est susceptible, comme les autres organes, de toutes les altérations de tissu que l'anatomie pathologique a fait connaître jusqu'à présent. Henri (11) dit avoir vu tous les organes de l'abdomen envahis par la mélanose. Gohier (21) rapporte avoir trouvé de la mélanose dans le pancréas : il ne dit rien de plus, mais il ne peut appliquer à cette glande ce qu'il dit des salivaires et surtout des parotides, qui souvent présentent à leur centre diverses petites tumeurs noires, dont la forme varie à l'infini.

(1) Ancien Journal. T. VII, p. 38.

(2) Leichenœffnungen zur Diagnostik und pathologischen Anatomie. Bonn, 1821, in-8o, p. 194.

(3) Archives de Médecine. T. II, p. 198.

(4) Archives de Médecine. T. XXV, p. 165.

(5) Journal complémentaire. T. V, p. 226.

(6) Diss. sur l'hydrocéphale aiguë. Thèse. Paris, 1820, N° 258, p. 23

(7) Journal universel. T. XLIV, p. 347.

(8) Journal de Leroux, Boyer et Corvisart. T. XXII, p. 406.

(9) Loc. cit., p. 9.

(10) Loc. cit., p. 65.

(11) Diss. de abscessu mesenterii et musculorum planè singulari. Halle, 1712; in-4° Recus. in Halleri Disp. med. T. III, p. 513.

(12) Mém. et Obs. sur la chir. et méd. vétérinaires. Lyon, 1813. T. I, p. 334.

Enfin le docteur Mackenzie (1), dans un ouvrage dont nous avons donné une longue analyse dans un journal de médecine, a trouvé de la mélanose déposée dans le pancréas d'un homme qui succomba à une dégénération mélanique du globe de l'œil.

Calculs. — Merklin (2), de Graef (3), Schurigius (4), Portal (5), et beaucoup d'autres, ont observé des calculs formés dans le pancréas.

Pour les calculs pancréatiques, plus peut-être que pour tous ceux qu'on observe chez l'homme, la cause première de leur formation paraît être un obstacle à l'écoulement facile du liquide sécrété par le pancréas. C'est ce que semblent prouver plusieurs observations : ainsi Galeati (6) rapporte qu'à l'autopsie d'un homme qui avait souffert pendant longtemps de douleurs précordiales, de vomissemens et de constipation, et avait eu plusieurs fois des ictères, on trouva la tête du pancréas changée en une espèce de sac de la grandeur d'un œuf de poule, contenant une vingtaine de petites pierres. Thomas Cowley (7) cite un cas analogue. Ce médecin a trouvé le pancréas plein de calculs fortement enchâssés dans sa substance. Ces pierres avaient différens volumes, mais n'excédant pas celui d'un pois; elles étaient blanches et formées d'un certain nombre d'autres petites, ce qui rendait leur surface inégale. L'extrémité droite du pancréas était très-dure et semblait squirrheuse.

Ces calculs peuvent se former aussi dans le conduit excréteur de la glande. Baillie (8) en a trouvé un de la grosseur d'une amande de noisette, d'une forme irrégulière et d'une couleur blanche. Eller (9) et Wollaston (10) ont observé des faits analogues.

Quels sont les effets que produisent ces calculs développés au centre du tissu du pancréas ou arrêtés dans son conduit excréteur? Nous croyons que, dans ce dernier cas, l'hypertrophie ou un simple gonflement de la glande peuvent en être le résultat. Pour cela nous nous appuyons sur l'analogie : en effet, le chirurgien Hermann (11), de Hassfurt, ayant été obligé d'enlever, par l'instrument tranchant, la glande salivaire droite qui avait acquis la grosseur du poing, trouva dans le canal de Wharton trois pierres rugueuses, d'un jaune pâle, qui allaient de la grosseur d'une lentille à celle d'un noyau de datte. Ajoutons que dans le cas de Eller, cité

(1) Practical treatise on the diseases of the eye. Londres, 1830. In-8° de XVI-861. pp. — Voir *Achives de médecine*, T. XXV, p. 73, 242 et 517.

(2) Ephem. nat. cur., dec. 1, an. 8, obs. 50.

(3) Loc. cit., p. 86.

(4) Lithologia; cap. 2, art. 28.

(5) Loc. cit. T. V, p. 356.

(6) De morbis duobus observ. 1758, p. 26.

(7) London medical Journal. T. IX, p. 266.

(8) Loc. cit., p. 263.

(9) Collection académique, partie étrangère. T. IX, p. 87.

(10) Pemberton. loc. cit., p. 68.

(11) Bibliothèque médicale T. XXIV, page 259.

plus haut, le pancréas était *squirrheux*. Portal (1) dit avoir trouvé une douzaine de pierres dans le pancréas d'un homme mort subitement d'un anévrysme de l'aorte, résultat de la compression exercée sur cette artère par les calculs. Enfin Fournier (2) rapporte un cas d'abcès du pancréas qui nous parait avoir été produit par des calculs.

Histoire générale. — Après avoir exposé la plupart des faits intéressans que des recherches poursuivies avec persévérance pendant plusieurs années nous ont fait connaître, il nous resterait à en présenter les résultats dans une histoire générale du sujet. Mais quelque nombreuses que puissent paraître, à certains lecteurs, les observations que nous avons citées, nous ne pensons pas cependant qu'étayé sur elles seules, on puisse dès aujourd'hui poser les bases d'un semblable travail. Essayons cependant de nous élever à quelques considérations générales.

Causes. — Un des causes dont l'influence a été facile à apprécier dans plusieurs cas que nous avons rapportés, c'est l'usage du mercure, dont l'action s'est fait sentir immédiatement sur le pancréas, ou a retenti sympathiquement sur cet organe après s'être portée sur les glandes salivaires. Cette cause est une des plus fréquentes, et nous sommes persuadés que beaucoup d'accidens qui survenaient du côté du tube digestif à une époque où une abondante salivation était regardée comme nécessaire pour la guérison de la syphilis, doivent être attribués à une surexcitation du pancréas. Comme preuve nous pourrions citer un assez grand nombre des observations que M. Van-Dekeere a consignées dans un mémoire (3) que nous engageons le lecteur à lire avec attention. Il y reconnaîtra plusieurs symptômes d'une pancréatite légère présentée tantôt comme un embarras gastrique, tantôt comme une gastro-entérite peu intense etc., etc.

Après l'abus des précautions mercurielles, celui du tabac mérite le plus d'être cité ; cette cause a évidemment agi dans plusieurs des observations que nous avons rassemblées, et depuis longtemps on a signalé sur les glandes salivaires et les organes digestifs la funeste influence de l'habitude excessive de fumer ou de mâcher du tabac, et même de l'exposition à ses émanations. Toutefois, d'après des recherches faites dans ces derniers temps, il paraîtrait que ces émanations ne seraient pas aussi nuisibles qu'on l'avait cru jusqu'à présent. Consultez sur ce sujet un travail intéressant publié par Parent-Duchâtelet et M. Darcet (4). Disons cependant qu'il résulte des renseignemens fournis par plusieurs des médecins attachés aux diverses manufactures, que les phlegmasies chroniques des organes digestifs sont les principales maladies des ouvriers occupés à la préparation du tabac. Nous regrettons de n'avoir pu consulter à ce sujet le travail publié par M. Pointe (1).

Les liqueurs alcooliques prises immodérément (*voyez* l'observation de Crampton et plusieurs autres), les purgatifs souvent répétés, la grossesse (*voyez* plus haut), etc., sont encore des causes fréquentes de l'inflammation et des dégénérations du pancréas. Souvent aussi l'inflammation débute par l'estomac ou le duodénum et se propage ensuite à cette glande. M. Casimir Broussais a, dans sa dissertation inaugurale (2), noté l'influence des surexcitations du duodénum sur *l'obstruction* du foie et du pancréas. Mais nos sommes surpris que l'auteur, qui signale cette influence, n'ait point dit dans quel état il a trouvé le pancréas à l'autopsie de deux individus dont il rapporte les observations, et qui succombèrent à une duodénite chronique. Nouvelle preuve qui montre la justesse de la réflexion que nous avons faite au commencement de ce mémoire.

A ces causes, il en faut joindre d'autres dont l'action est moins facile à apprécier, et qui ont été indiquées par plusieurs auteurs : l'administration longtemps continuée du quinquina, les médicamens echauffans, les métastases rhumatismale, varioleuse, etc., des calculs arrêtés dans le canal pancréatique, l'hystérie, l'hypochondrie, etc., il est difficile de déterminer si cette dernière affection est cause ou effet. Nous rappellerons ici que Gianella (3) raconte qu'un prêtre eut, à la suite de l'hypochondrie, une salivation de matières lymphatiques si abondantes, qu'il en crachait plus de deux livres dans l'espace d'un jour. Il faudrait peut-être admettre une disposition héréditaire : Fleischmann (4) parle d'un père et d'un fils, exerçant la même profession, et morts tous deux d'une maladie du pancréas. Nous avons nous-même cité l'observation d'un homme qui, comme son père et au même degré, a présenté divers symptômes que nous croyons devoir rattacher à une lésion du même organe. Enfin, nous dirons que le docteur Puguet (5) rapporte que les engorgemens chroniques du pancréas sont très-fréquens dans la Haute-Egypte. Nous ferons une remarque relativement à ce que disent les auteurs sur l'emploi trop prolongé du quinquina dans les fièvres intermittentes, comme causes des maladies du pancréas : c'est que peut-être, c'est moins au médicament qu'à la prolongation de la fièvre, qu'il faut attribuer l'inflammation et les engorgemens de cette glande : rappelons-nous en effet combien ceux de la rate et du foie sont communs à la suite de ces fièvres,

(1) Loc. cit. T. V, p. 356.

(2) Ancien Journal. T. XLV, p. 149.

(3) Observations sur des phlegmasies causées par l'administration du mercure. Journal-général de Médecine, 1829. T. CVI, page 36.

(4) Annales d'hygiène publique. 1829. T. I, page 169.

(1) Observations sur les maladies auxquelles sont sujets les ouvriers employés à la manufacture royale des tabacs de Lyon. Lyon, 1828 ; in-8°.

(2) Sur la duodénite chronique. Thèse. Paris, 1825, N° 59, page 18.

(3) Dumas, *Maladies chroniques.* 1812, in-8°, p. 101.

(4) *Leichenœffenungen.* Erlangen, 1815 ; obs. 39.

(5) *Mém. sur les fièvres de mauvais caractère du Levant et des Antilles.* Lyon, 1804; in 8°.

et disons que M. Broussais (1) a rencontré les veines du pancréas énormément dilatées à la suite d'irritations qui avaient été intermittentes. Nous pensons aussi qu'il convient de ranger parmi les causes de la pancréatite les inflammations des parotides et leurs métastases, car ce que l'analogie de structure et la relation sympathique font présumer *à priori*, est confirmé par les faits. Ainsi M. Andral a vu le pancréas fortement injecté chez un individu qui succomba à une fièvre grave, et qui avait une parotide énorme ; et si des métastases ont lieu fréquemment sur les parotides, sur les testicules chez l'homme, et sur les mamelles chez la femme, et d'autres fois sur d'autres organes essentiels à la vie (2), il n'y a pas de raison pour que le pancréas ne soit aussi quelquefois le siége d'une semblable métastase : c'est ce que notre ami le docteur Robouäm a observé, il y a quelques années, sur un individu qui fut pris d'une parotide volumineuse, laquelle, venant à disparaître subitement, fut remplacée par une douleur assez vive et profondément située dans l'épigastre, et celle-ci disparaissant à son tour, il survint un gonflement inflammatoire du testicule qui, quelques jours après, fut lui-même remplacé par une parotide. Un vésicatoire appliqué sur la glande calma les vives douleurs que le malade éprouvait, et fixa l'inflammation qui se termina par suppuration.

Symptômes. — Sans pouvoir assigner ici l'ordre dans lequel les symptômes de la pancréatite aiguë apparaissent, voici ceux que l'on a observés le plus souvent : dyspepsie, anxiété vers la région épigastrique, avec chaleur et douleur fixe, obtuse, profonde, et s'étendant vers l'hypochondre droit et à la poitrine ; soif, ardeur du gosier, éructations acides, pyrosis, gastrodynie, nausées et quelquefois vomissemens de matières filantes et salées, le plus ordinairement constipation, quelquefois diarrhée, surtout dans le cas où la pancréatite succède à la salivation ; d'autres fois celle-ci, au lieu de précéder la pancréatite, en est un effet sympathique ; souvent alors on observe un gonflement des glandes parotides ; les matières des selles sont souvent aqueuses et plus ou moins analogues au liquide salivaire. Quand l'inflammation est très-vive, on observe des douleurs aiguës à l'épigastre, le plus souvent alors il y a tuméfaction du pancréas, et l'on sent quelquefois une tumeur circonscrite, presque circulaire, sensible à la pression, et que l'on peut, jusqu'à un certain point, distinguer de celle formée par un squirrhe du même organe, parce qu'on la sent céder sous une pression soutenue (3) ; le décubitus sur le dos est pénible et souvent impossible, la douleur augmente dans la toux, l'inspiration et quand les malades ont l'estomac plein et se couchent sur le côté gauche ; la langue blanchâtre n'offre point la rougeur qu'on observe dans la gastrite ; la fièvre est rarement très-forte.

(1) *Phlegmasies chroniques* ; 4e édition. T. I, p. 151.

(2) Murat, *Loc. cit.*, p. 24.

(3) *Voyez* notre 3e observation.

Nous pensons que le médecin qui soupçonne une affection du pancréas doit par dessus tout porter son attention sur l'état des glandes salivaires et sur leur sécrétion. Fourcroy (1) avait déjà observé que dans les *obstructions* du pancréas, les glandes salivaires séparaient plus de salive que dans l'état naturel, et M. Jallat (2) rapporte qu'il a trouvé le pancréas augmenté de volume chez une jeune fille qui avait commis de nombreux écarts de régime, et qui avait, pendant plusieurs années, souffert d'une salivation très-abondante. Quelque fois, loin qu'il y ait augmentation dans la sécrétion de la salive, il y a au contraire diminution, et c'est cette circonstance qui aida M. Maria Gelcen (3) à établir son diagnostic dans un cas où d'autres médecins croyaient avoir affaire à un squirrhe du pylore. L'autopsie permit de reconnaître la certitude du diagnostic de M. Geleen. Ce cas a présenté aussi cette circonstance dont nous avons parlé un peu plus haut, savoir, la possibilité de sentir céder sous une pression assez forte la tumeur formée par le pancréas, et ce signe, joint à la diminution de la sécrétion salivaire, permit à ce médecin de prononcer qu'il n'y avait point squirrhe du pylore.

Mais, et cette remarque nous paraît importante pour la thérapeutique des maladies du pancréas, faudra-t-il, dans tous les cas où il y aura vomissement d'un liquide analogue à la salive et des selles aqueuses, conclure qu'il y a inflammation de cette glande? Nous ne le pensons pas. En effet, la sécrétion d'un organe peut être augmentée sans que cet organe soit le siége d'une phlegmasie. Ainsi dans le diabètes, si on a rencontré quelquefois des traces d'inflammation dans les reins, bien plus souvent encore aucune lésion appréciable de ces organes n'a pu être découverte après la mort : et si MM. Cruveilhier (4) et Andral (5) n'ont pu apercevoir aucune trace d'inflammation dans les glandes salivaires, l'un chez un individu qui avait depuis longtemps un ptyalisme, et l'autre chez un homme mort pendant la salivation, n'en peut-on pas conclure que ces sécrétions abondantes des glandes salivaires et pancréatiques peuvent tenir à une autre cause qu'à l'inflammation ?

Nous avons vu que le pancréas est susceptible des différentes altérations organiques que l'anatomie pathologique a fait connaître jusqu'à présent. Mais comment, pendant la vie, pouvoir distinguer la véritable nature de la lésion qu'on observe? Peut-il, par exemple, exister des signes assez tranchés pour qu'à leur aide il soit possible de distinguer un squirrhe de l'hypertrophie simple du pancréas, les kystes de cet organe de la dégénération graisseuse? Nous pouvons hardiment répondre par la

(1) Art de connaître et d'employer les médicamens dans les maladies du corps humain. Paris, 1785, in-12, T. II, page 200.

(2) Nouvelle Bibliothèque médicale. T. II, page 375.

(3) Des sympathies des organes du corps humain. *Journal complémentaire.* T. XI, page 10.

(4) Compte rendu des travaux de la Soc. anatomique. 1830, page 29.

(5) Anatomie pathologique. T. I, page 345.

négative, et affirmer même que longtemps encore la même obscurité règnera sur le diagnostic différentiel de chacune des transformations organiques de la glande pancréatique. Nous sommes donc dans l'impossibilité absolue de fixer, quant à présent, les signes qui appartiennent à telle ou telle lésion, et dans la nécessité de nous borner à une symptomatologie générale. Ajoutons que ce n'est pas seulement entre elles qu'il est difficile de distinguer ces diverses désorganisations, mais encore de ne pas les confondre avec celles d'autres organes voisins. Ainsi on les a confondues avec des squirrhes du duodénum et du pylore. Ainsi M. Ribes (1) dit qu'on a pris un squirrhe du pancréas pour un calcul du rein; ainsi Laënnec (2) a vu une altération de cette espèce simuler une phthisie pulmonaire. « J'ai vu plusieurs fois en consultation, dit ce médecin, avec mes confrères MM. Récamier et Richerand, une jeune dame qui semblait phthisique et fort avancée dans la maladie. J'affirmai constamment que les poumons me paraissaient sains, et effectivement ils furent trouvés tels à l'ouverture de son corps. La maladie était due à un squirrhe du pancréas accompagné d'un simple catarrhe. »

Ceci posé, voyons quels sont les symptômes que l'on rencontre le plus ordinairement dans les lésions dont il est question, et étudions-les l'un après l'autre. Ces symptômes sont : la douleur, la constipation, la diarrhée, la salivation, le vomissement, l'ictère, les tumeurs formées par le pancréas, et l'émaciation.

Douleur. — La douleur est un symptôme presque constant; mais elle varie beaucoup dans sa nature. Légère d'abord, elle ne consiste qu'en un sentiment de chaleur, puis d'une ardeur brûlante qui remonte le long de l'œsophage et est accompagnée d'une saveur aigre et de l'expuition d'un liquide âcre ou insipide (Rahn). Consulté à cette époque, le médecin serait porté à considérer cette douleur comme tenant à une simple gastrodynie (3); mais bientôt elle devient obtuse, profonde, et son siége est rapporté par les malades à la colonne vertébrale; quelquefois elle s'étend dans tout l'abdomen. Quelques malades la comparent à des pincemens, d'autres à des coups de couteau, d'autres enfin à des battemens sourds et très-incommodes. Chez beaucoup d'entre eux elle empêche la position verticale et même assise; elle rend très-douloureuse l'action de redresser le tronc et les oblige à se tenir courbés; chez quelques-uns elle se renouvelle plus souvent la nuit que le jour et est en même temps plus vive; ce qu'il faut peut-être attribuer à la position. Chez un homme, dont l'observation est consignée dans la *Gazette de santé* (1), il exista d'abord une espèce de barre transversale et douloureuse qui fut plus tard remplacée par des douleurs atroces que ne put calmer l'opium, qui étaient toujours plus vives après les évacuations, et revenaient, pour ainsi dire, périodiquement, pendant la nuit, et avec plus de violence que pendant le jour. Mais son caractère principal c'est d'être profondément située vers la colonne vertébrale, et ce caractère n'a point échappé à Chopart (2), qui a avancé que le *mal de reins*, ou le lumbago, reconnaît souvent pour cause une affection du pancréas. Il a trouvé cet organe squirrheux chez un individu qui s'était plaint de lumbalgie. Dans un cas où de semblables douleurs avaient existé, Bartholin a trouvé un abcès au centre de cette glande. Chez un malade atteint d'une dégénération du même organe, nous avons vu que M. Andral observa des douleurs intolérables dans la région dorsale, douleurs qui s'irradiaient dans la partie gauche de la poitrine, et venaient, après avoir parcouru tout l'abdomen, s'éteindre dans la région de la rate.

Constipation, Diarrhée. — Ces deux symptômes sont tellement liés à l'existence des lésions organiques du pancréas, que dans toutes les observations que nous avons lues, nous les avons rencontrés et vus se succéder alternativement. Le plus ordinairement une constipation opiniâtre se manifeste d'abord, puis apparaît ensuite une diarrhée de matières muqueuses et offrant quelquefois tous les caractères du liquide salivaire ou pancréatique. Cette diarrhée, nous ne l'avons jamais vue accompagnée de coliques ou de douleurs particulières, ce qui peut servir à la faire distinguer de celle qui tient à une entéro-colite. Elle a toujours lieu dans les derniers temps de l'existence des malades, alors même qu'elle n'a pas existé primitivement. Abercombie (3) cite un cas remarquable sous ce rapport. Nous croyons inutile de revenir ici sur le symptôme que le docteur Bright a indiqué et sur lequel nous nous sommes déjà expliqués.

Vomissement. — Dans le commencement, chez beaucoup de malades, il y a chaque matin vomissement d'un liquide plus ou moins analogue à la salive. Ce symptôme a été observé par Heinecken et par nous-même. Plus tard ces vomissemens deviennent continuels, et aux matières vomies se joignent de la bile, et les alimens en totalité ou en partie. Dans un cas, Juppin a observé pour tout symptôme un vomissement opiniâtre; c'est ce qui a eu lieu surtout dans les cas où le pancréas hypertrophié comprime le duodénum et le pylore. Quelques auteurs, et Dœring, cité par M. Bécourt (4) prétendent même que dans les affections des deux derniers organes, les vomissemens sont moins constans et moins rebelles que dans les affections du pancréas. Ceci ce-

(1) *Diss. sur la néphrite*, Thèse, Paris, 1824, n° 52, page 23.

(2) *Traité de l'Auscultation*, tome I, page 695.

(3) Dans le cours de ce travail nous sommes, à plusieurs reprises, revenus sur la fréquence, comme symptômes des maladies du pancréas, du pyrosis et de la gastrodynie, et l'importance que nous y avons attachée se trouve confirmée par deux faits récemment publiés, et dans lesquels la gastrodynie fut le symptôme prédominant. (*Archives de Médecine*, 1836, 2e série, tome X, page 239).

(1) 1824. Numéro de septembre, page 215.

(2) *Maladies des voies urinaires*, Paris, 1821; in-8°, tome I, pages 113 et 118.

(3) *Loc. cit.*, page 245.

(4) *Loc. cit.*, page 77.

pendant n'est pas constant, et nous avons cité une observation où le duodénum était presque complétement fermé et l'estomac très-dilaté, sans qu'il y eût eu de vomissement.

Salivation. — Ce symptôme, fréquent dans l'inflammation aiguë, s'observe aussi dans les affections chroniques du pancréas. Plusieurs des observations que nous avons rapportées constatent ce fait. J.-P. Frank (1) a vu un individu réduit au marasme par un squirrhe du pancréas, rejeter par jour 6 livres de salive. Nous avons également vu que le malade dont le docteur Mazeau nous a transmis l'histoire, et qui succomba à un cancer du pancréas, eut une salivation très-abondante et horriblement fétide. Ce symptôme fut également observé par M. Force sur un malade qui succomba à une dégénération cartilaginense du pancréas, et à ce sujet M. Berthomien (2) fit observer à la Société de médecine pratique que la salivation était un des symptômes les plus constans des affections de cet organe. Même opinion est professée par M. Polinière (3), médecin distingué de Lyon, qui dit l'avoir toujours observé dans les affections organiques du pancréas. Nous ajouterons que les vomissemens sont quelquefois précédés d'une salivation abondante. Entre autres médecins qui ont observé cette particularité, nous citerons M. Maria Gelcen (4), qui, appelé auprès d'un individu qu'il soignait depuis quelque temps d'une affection chronique du pancréas, le trouva dans des angoisses terribles, et rendant de pleines gorgées de salive qui précédaient le vomissement de quelques matières à peine altérées. Ces gorgées de salive avaient toujours été les avant-coureurs ordinaires des vomissemens. Disons aussi que dans les deux seuls cas de squirrhe du pancréas que sa pratique lui a fournis, Brera (5) a observé un hoquet très-opiniâtre qui survenait après l'ingestion des alimens, et qui diminuait aussitôt après un vomissement spontané.

Tumeur. — Lorsque le pancréas a acquis un volume assez considérable, le toucher peut faire reconnaître une tumeur profondément située entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, circonscrite, immobile et presque toujours plus ou moins sensible à une forte pression. C'est surtout dans les cas où elle était volumineuse que l'on a observé l'impossibilité de redresser le tronc, et même de garder le décubitus sur le dos (Crampton). Dans un cas (Sewal) il y eut d'abord gonflement des parotides, et celui-ci venant à disparaître subitement, une tumeur se montra dans la région épigastrique. Cette tumeur peut en comprimant les canaux biliaires donner lieu à l'ictère, ou à des vomissemens abondans et continuels de bile, quand la portion inférieure du duodénum se trouvant fortement comprimée ne peut plus permettre l'écoulement de ce liquide dans les intestins. Cette tumeur peut être soulevée par l'autre et présenter des mouvemens d'élévation et d'abaissement, ou bien encore offrir des battemens isochrones à ceux du pouls, comme dans l'observation que nous avons rapportée, et où l'artère splénique était comprise dans la masse formée par le pancréas dégénéré.

Émaciation. — Dans les affections qui nous occupent, l'amaigrissement survient de bonne heure, et est quelquefois accompagné d'un véritable état d'anémie, ce qu'il faut attribuer à ce que la chylification est imparfaite par suite de l'absence ou de l'altération du liquide pancréatique. Pemberton dit (1) même que l'on observe constamment une émaciation plus considérable que dans des affections chroniques des autres organes abdominaux.

Traitement. — Dans le traitement des affections du pancréas comme dans celui des maladies de tout autre organe, la première indication qui se présente consiste à éloigner les causes qui les ont produites, ou au moins chercher à atténuer leur influence. De ce que nous avons exposé en cherchant à déterminer celles de la pancréatite aiguë et chronique, découlent donc des préceptes thérapeutiques importans, mais que le lecteur aura trop bien saisis, pour qu'il soit nécessaire de revenir ici sur ce point, et nous allons, autant du moins que l'expérience le permet, établir ce qu'il convient de faire lorsque la phlegmasie est développée.

Lors donc qu'on aura à combattre une pancréatite aiguë, on devra recourir à un traitement antiphlogistique, et mettre en usage les émissions sanguines générales et locales, le repos, une diète sévère, des boissons rafraîchissantes, des bains, des cataplasmes émolliens, des lavemens mucilagineux, etc., etc. Les saignées générales ne peuvent être utiles ici que dans les cas où on a affaire à un individu très-fort et très-pléthorique : alors elles favorisent les bons effets des saignées locales qu'il faut répéter aussi longtemps que les symptômes persistent. Nous avons vu que par ces moyens on avait obtenu la résolution de plusieurs pancréatites. On n'a point fait usage dans les observations que nous avons rapportées des ventouses scarifiées, mais il est probable que leur action serait plus énergique que celle des sangsues, et nous pensons qu'on devrait y avoir recours. Les légers minoratifs ont paru, dans quelques cas, contribuer à la guérison, surtout alors que l'inflammation avait été diminuée par les antiphlogistiques. C'est alors aussi qu'on peut recourir aux vésicatoires appliqués sur la région épigastrique. Si, comme dans le cas que nous a communiqué le docteur Roboüam, une parotide, venant à disparaître subitement, était remplacée par quelques symptômes d'irritation du pancréas, il ne faudrait pas hésiter à appliquer un vésicatoire sur la glande

(1) *De curandis hominum morbis Epitome.* Ticini Regn., 1792; in-8°, tome V, page 87.

(2) *Journal de Corvisart*, tome XXXIII, page 344.

(3) Tavernier, *Réflexions sur l'anat. path.* Thèse, Paris, 1834, n° 88, page 14, note.

(4) *Journal complémentaire*, tome XI, page 12.

(5) *Sylloge opusc. select.* Ticini, 1798; in-8°, tome II, page 125.

(1) A Practical treatise on various diseases of the abdominal viscera. Londres, 1807; in-8°, p. 166.

primitivement affectée. Nous avons vu que Schmackpfeffer a une fois tenté ce moyen avec assez de succès. Harles a employé l'élixir acide de Haller, et attribué à ce remède des vertus toutes particulières. Il vante également ce remède contre la phthisie pancréatique, contre laquelle il préconise en outre l'ammoniaque. Enfin on pourrait tâcher de produire une diaphorèse abondante, puisque nous avons vu une pancréatite jugée par des sueurs. (Obs. 2e)

Quant au traitement des phlegmasies chroniques et des altérations organiques du pancréas, on est trop souvent réduit à des moyens palliatifs. On s'attachera donc à combattre, par les remèdes appropriés, les symptômes qui présenteront le plus de gravité, comme le voulait Pemberton, qui recommandait particulièrement dans ces cas le régime végétal et lacté. Les moyens dont il a déjà été question, trouveront encore ici leur application. Mais ce sera surtout sur les révulsifs extérieurs qu'il faudra compter le plus. Ainsi nous avons vu l'emploi des vésicatoires appliqués sur l'épigastre, procurer constamment de l'amélioration aux malades (Percival, Sewal). Les moxas dont l'action est la plus énergique devraient, ce nous semble, leur être préférés. Le docteur Berlioz (1) dit que les masticatoires et les frictions mercurielles sont des moyens de guérison pour les engorgemens du pancréas : nous ne savons sur quels faits ce médecin s'appuie pour parler ainsi, mais nous pensons que ce n'est qu'avec la plus grande réserve que l'on doit, dans des cas de cette nature, avoir recours aux préparations mercurielles. Ce que nous avons dit sur les causes probables de certains cas de maladies du pancréas explique assez cette réserve. Sur quoi se fonde encore cet auteur pour dire (2) que l'opium donné à hautes doses peut non-seulement calmer les douleurs du squirrhe du pancréas, mais encore le rendre stationnaire ? Il faut, dit-il, en porter la dose jusqu'à dix grains dans l'intervalle de peu d'heures. Quand on émet ainsi des idées que repoussent également et la théorie et l'expérience, il faudrait au moins citer les faits sur lesquels elles reposent.

Nous nous bornerons à l'indication de ces moyens, parce que ce sont les seuls dont l'expérience ait, jusqu'à présent, constaté, nous ne dirons pas les succès, mais au moins l'utilité dans quelques cas. Espérons qu'à mesure que les maladies du pancréas seront étudiées avec plus de soin et mieux connues, leur thérapeutique deviendra plus positive et plus efficace.

---

(1) Mém. sur les maladies chroniques, les évacuations sanguines et l'acupuncture. Paris, 1816, in-8°, p. 115.

(2) Loc. cit, p. 142.

Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards ; faites à la Salpêtrière, par MM. Hourmann, agrégé de la Faculté, médecin du Bureau central, et Dechambre, interne des hôpitaux.

(Cinquième et dernier mémoire.)

Pneumonie des vieillards. (2e Partie.) *Symptomatologie. Symptômes généraux.*

Nous arrivons à l'étude des diverses réactions sympathiques que provoque la pneumonie chez les vieillards. Le premier fait à noter, c'est l'obscurité qui, sous ce rapport encore, tend souvent à envelopper le diagnostic, et nous rappellerons à ce propos les observations que nous avons déjà citées dans notre dernier mémoire à l'article *Invasion*. On voit que l'inflammation du poumon peut atteindre son plus haut degré et même entraîner la mort, sans que l'état général de l'organisme manifeste, pour ainsi dire, la moindre atteinte.

Les désordres sympathiques de la pneumonie, chez les vieillards, présentent d'ailleurs des traits qui complètent le tableau *spécial* qu'offre la maladie à cet âge.

1° Il est très-rare que la pneumonie parcoure ses périodes sans dérangement des facultés intellectuelles. C'est communément à la période de suppuration du parenchyme qu'on l'observe ; mais souvent le trouble de l'intelligence éclate beaucoup plus tôt. Ce trouble peut consister en un véritable délire fugace ou continu, tranquille ou agité, habituellement plus fort et plus bruyant aux approches de la nuit ; plus souvent, et ce caractère est particulier aux vieillards, ce n'est pas une perversion, mais un simple affaissement des facultés cérébrales. Sans qu'il y ait déraison dans les paroles, ni extravagance dans les actes des malades, ils sont dans un état d'hébétude remarquable. Ils comprennent à peine les questions les plus simples ; la mémoire des événemens les plus récens leur échappe ; il est impossible d'obtenir un compte exact de ce qu'ils éprouvent ; ils restent taciturnes et salissent leur lit sans s'en apercevoir. Il importe de distinguer cet état de *l'adynamie* proprement dite, car il peut se lier à l'intégrité complète de l'action musculaire et à la réaction fébrile la plus franche.

La disposition mentale où se trouvent les malades imprime à leur physionomie une expression indéfinissable, mais qui frappe et qu'on n'oublie plus. On est loin d'observer aussi souvent que chez l'adulte la coloration rouge des pommettes, et ces mouvemens alternatifs de dilatation et de resserrement des ailes du nez qui décèlent la gêne de l'hématose dans les poumons enflammés. La face prend bien plus ordinairement un aspect comme terreux ; les narines se sèchent et s'obstruent par une sorte de pulvérulence que tamisent et retiennent les poils déliés qui garnissent leurs orifices.

Nous devons dire que le mode particulier de trouble intellectuel sur lequel nous venons d'insister, s'observe

dans un grand nombre d'autres maladies chez les vieillards; mais c'est aux approches de l'agonie, et alors il constitue un signe funeste ; tandis qu'ici il se montre à une époque très-rapprochée du début, n'implique pas même, comme nous l'avons dit, l'état adynamique, et n'a plus une importance égale pour le pronostic.

Quand il arrive, dans des cas qu'on peut considérer comme exceptionnels, que les facultés restent intactes, ou ne se dérangent qu'à de courts instans, la céphalalgie est à peu près constante, il s'y joint quelquefois des étourdissemens.

2° L'influence sympathique exercée sur les fonctions du tube digestif par la pneumonie, chez les vieillards, est généralement beaucoup plus prononcée que chez l'adulte. Elle se manifeste, soit par une constipation opiniâtre, soit par une diarrhée qui tantôt se déclare d'emblée, et tantôt remplace la constipation. La diarrhée s'observe surtout à un degré avancé de la pneumonie, et tend plus que chez l'adulte à s'établir d'une manière permanente après l'emploi des purgatifs.

L'examen de la langue mérite une attention particulière. Elle n'offre presque jamais le développement rouge des papilles, moins rarement on la trouve blanchâtre et collante, mais le plus souvent elle est sèche et racornie. Fendillée dans tous les sens, tantôt sillonnée de plis longitudinaux dus à une espèce de froncement de son épithélium desséché ; quelquefois large et plate, d'autres fois ramassée ou pointue, elle est lisse et d'une rougeur uniforme plus ou moins foncée ; ou bien brune et même noirâtre, elle est recouverte d'un enduit fuligineux qui se répand parfois sur les gencives et jusque sur les lèvres. Ici encore nous devons prévenir que l'état typhoïde n'est nullement décidé par ces divers aspects de la langue qui s'observent dans les pneumonies dont la marche est d'ailleurs la plus régulière.

3° Les sécrétions glandulaires ne subissent pas de modification très-remarquable. Le seul fait que nous ayons à noter sur ce point, c'est que nous avons vu un certain nombre de vieilles femmes être prises, dans le cours d'une pneumonie, d'un besoin fréquent et irrésistible de rendre leur urine, sans qu'il y ait eu d'ailleurs augmentation bien sensible de la quantité absolue de ce fluide.

4° *Etat de la peau et du pouls.* — On sait que dans beaucoup de circonstances, les désordres du pouls ne peuvent suffire à caractériser le mouvement fébrile, et l'étymologie du mot *fièvre* dit assez que ce mouvement a dû primitivement se mesurer sur le degré de température du corps perceptible au toucher. Ce n'est pas ici le lieu de préciser le véritable sens attaché aujourd'hui à cette expression *fièvre*, après l'extension qu'on lui a fait subir ; mais ce que nous voulons établir, c'est que cette insuffisance de l'état du pouls à la détermination de la fièvre, se fait particulièrement sentir dans la pneumonie du vieillard, et nous allons voir qu'il s'en faut aussi que, dans ce cas, l'état de la peau se mette toujours en rapport avec la nature et la gravité du désordre intérieur.

Nous poserons d'abord un fait général, savoir : que ces quatre phénomènes, *force, plénitude du pouls, chaleur, moiteur de la peau,* phénomènes si importans chez l'adulte qu'on les a regardés presque comme inséparables de l'inflammation du poumon, ne se présentent que très-rarement réunis dans la pneumonie du vieillard, d'où résulte habituellement la plus grande discordance entre l'état du pouls et celui de la peau.

Relativement au pouls on devra, en le consultant, tenir compte, avant tout, de ce que nous avons dit (2e Mémoire) de sa fréquence habituelle chez le vieillard ; pour que cette fréquence soit morbide, il faudra donc qu'elle atteigne au moins 90 pulsations.

Il en est assez souvent ainsi ; mais cette fréquence du pouls ne se manifeste dans un bon nombre de cas que plusieurs jours après l'invasion de la maladie, et dans d'autres, seulement à sa dernière période. Nous nous sommes assurés de ce fait sur des vieilles femmes prises de pneumonie sous nos yeux, et dont nous avions antérieurement bien étudié le pouls. Quelquefois encore le pouls, fréquent d'abord, redevenait ensuite normal, et tandis que chez l'adulte ce retour à une régularité apparente de la circulation dans le cours de l'inflammation pulmonaire, atteste le plus souvent l'affaissement des forces, et marque les derniers momens de la vie, chez le vieillard, au contraire, nous l'avons observé à toutes les époques de la maladie et à tous ses degrés.

La force du pouls est un symptôme encore moins constant que sa fréquence. Nous l'avons trouvé petit dès le début, chez beaucoup de malades. La force et la fréquence ne s'excluent pas nécessairement ici ; toutefois ce dernier accident du pouls se lie à peu près toujours à la faiblesse.

L'irrégularité du pouls est un phénomène plus commun dans la pneumonie des vieillards, et une circonstance à remarquer, c'est qu'on l'observe plus souvent encore dans l'engouement passif du poumon que dans son inflammation franche. On peut la voir naître et cesser alternativement avec l'engorgement du parenchyme. Dans ces cas, l'*intermittence* est le principal mode d'irrégularité qui affecte le pouls, et alors il y a souvent ralentissement notable des pulsations. Quand le pouls est fréquent, son irrégularité affecte tous les modes.

Au reste, pour que, soit la force, soit l'irrégularité du pouls, aient une véritable valeur, il faut avoir assisté à leur développement, car l'un et l'autre de ces symptômes peuvent se lier et se lient souvent en effet chez le vieillard à une maladie organique du cœur.

Pour ce qui est de l'état de la peau relativement à sa chaleur et à sa moiteur, nous trouvons, comme pour le pouls, de nombreuses variations. Le plus ordinairement la peau est chaude et sèche, et peut garder ce caractère jusqu'aux approches même de l'agonie, puis elle se refroidit et tantôt alors elle reste sèche, tantôt, ce qui est plus rare, elle se couvre d'une sueur humide qui devient quelquefois poisseuse. Dans d'autres cas, la peau présente son *état naturel* pendant tout le cours de la maladie. Enfin, nous l'avons vu se couvrir de moiteur sans que la température fût augmentée.

En résumé, si l'on réfléchit à toutes ces observations fournies par l'état du pouls et celui de la peau, et si, de plus, on y joint la discordance qui existe si souvent entre ces deux sources de signes, la peau pouvant n'éprouver aucun changement dans sa température quand le pouls a pris un excès de fréquence et de force, *et vice versâ*, on ne cessera de reconnaître combien, dans l'histoire de la pneumonie des vieillards, les phénomènes diffèrent à chaque instant de ceux que l'étude de l'adulte semblait devoir rattacher le plus invariablement à cette maladie.

Les divers troubles que suscite sympathiquement l'inflammation du poumon chez le vieillard, et que nous venons d'analyser, examinés dans leur ensemble, se groupent en plus ou moins grand nombre, et joints à quelques autres d'un nouvel ordre, présentent un appareil morbide susceptible de revêtir les trois formes principales du mouvement fébrile continu, savoir : la forme inflammatoire, l'adynamique et l'ataxique.

La première forme, celle dite *inflammatoire,* est très-rare, comme on peut en juger d'après ce qui a été été dit.

La forme adynamique est plus commune. C'est aussi celle que généralement on signale. Toutefois elle offre plusieurs nuances, et la question mérite d'être examinée avec soin. Nous avons déjà présenté plus haut la distinction importante qui doit être faite entre l'état d'abattement des facultés intellectuelles qu'entraîne presque nécessairement l'inflammation du poumon chez les vieillards, et la prostration de l'état *adynamique* proprement dit. Nous avons également insisté sur une distinction semblable à faire, à propos des désordres des voies digestives et des altérations d'aspect de la langue en particulier, point bien digne d'attention sous le rapport du pronostic, et surtout sous celui des indications thérapeutiques.

La forme réellement adynamique de la pneumonie des vieillards offre elle-même deux variétés.

Dans la première, le début de la maladie ne présente rien de spécial. Il peut être aigu ou latent ; plus souvent il est latent. Mais à mesure que la pneumonie fait des progrès le malade tombe dans une prostration extrême ; la peau est chaude, sèche, la face est très-colorée, les lèvres se couvrent de fuliginosités, l'intelligence devient complétement obtuse. Il peut n'y avoir aucun symptôme du côté du tube digestif. Ce qui impose surtout ici le cachet adynamique, c'est l'annihilation de l'action musculaire et la dépression progressive du pouls, qui finit souvent par disparaître dans les derniers momens. C'est là la pneumonie *adynamique* que les auteurs ont décrite, et dont ils entendent seulement parler quand ils disent qu'elle est très-fréquente chez les vieillards.

Mais il existe une autre variété bien différente, qu'on peut dire *essentiellement typhoïde*, qui n'a point été signalée d'une manière explicite, et dont l'un de nous a déjà exposé les principaux traits dans un travail publié dans *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* (année 1834). Dans cette variété de la forme adynamique de la pneumonie des vieillards, les symptômes que nous venons de décrire se représentent ; mais, d'une part, ils sont précédés par ce mode particulier d'invasion, dont nous avons parlé (précédent mémoire. *Arch.*, N° de septembre), comme très-fréquent aux mois de mars et avril, et marqué par l'angine, du coryza, des épistaxis, de la céphalalgie occipitale, des étourdissemens, du délire, et une faiblesse musculaire telle que les malades ne peuvent se tenir debout, alors même que l'inflammation du poumon est à peine commencée. D'autre part, ces symptômes d'adynamie sont presque toujours accompagnés de désordres du côté des voies digestives, ballonnement du ventre, diarrhée, nausées ; vomissemens, soit au début, soit surtout dans le cours de la maladie. Le système nerveux parait avoir reçu de profondes atteintes. Des douleurs vives se font souvent sentir dans un ou plusieurs points du corps, et plus specialement dans les mollets, les talons. Quelquefois la plus légère pression des parois abdominales provoque des plaintes aiguës que rien à l'autopsie ne vient expliquer. C'est dans cette variété qu'on observe ces points de côté qui s'irradient jusque dans les fosses iliaques, et tellement douloureux qu'ils s'exaspèrent vivement par le simple toucher du sein. A l'autopsie, des noyaux d'apoplexie sanguine sont mêlés à l'hépatisation, et c'est surtout alors qu'on rencontre cet *état pultacé* que M. Andral assigne à la lésion du poumon dans la fièvre typhoïde. On trouve en même temps du sang extravasé dans les tuyaux bronchiques ; des ecchymoses souvent très-profondes et très-larges occupent encore une foule de points du tissu cellulaire. La rate est ordinairement volumineuse, le foie gorgé de sang ; les intestins présentent de nombreuses traces d'inflammation saisissables par la rougeur et le ramollissement de la muqueuse, et dans plusieurs cas nous avons trouvé un développement anormal sans *ulcération* des plaques de Peyer, et plus souvent des glandes de Brunner. Le cerveau est presque toujours dans un état de congestion. On voit combien cette seconde variété de la pneumonie adynamique, qui mériterait mieux le nom d'*ataxo-adynamique,* est différente de la première.

Celle-ci, beaucoup moins fréquente que ne paraissent le croire les auteurs, ne s'observe ordinairement que chez les vieilles femmes qui ont conservé un embonpoint prononcé, et dont nous avons formé notre première catégorie, et le mouvement fébrile de forme inflammatoire précède généralement la forme adynamique. L'adynamie dans ce cas est véritablement le résultat des forces épuisées, *oppressio virium*, et c'est l'occasion d'apprécier au juste la valeur séméiotique des fuliginosités de la muqueuse buccale qui n'indiquent, en définitive, qu'une altération du mucus par une exsudation sanguine, suite du trouble de la circulation, et le contact de l'air que répète ici l'embarras de la respiration.

La pneumonie ataxo-adynamique, ou *essentiellement typhoïde*, s'observe presque exclusivement aux mois de mars et d'avril. Elle sévit sur les vieilles femmes de tous les types. Bien plus, elle ne se borne point aux vieillards ; les jeunes filles infirmes que renferme la

Salpétrière en sont quelquefois atteintes. Chez ces dernières seulement la prostration est moins grande, mais les désordres du système nerveux sont plus tranchés, en d'autres termes la forme ataxique l'emporte sur l'adynamique.

Quand on cherche à retrouver à la Salpétrière la fièvre adynamique que Pinel a présentée comme endémique dans cet hospice (Voy. *Nos. phil.*, p. 138, 5e éd., et *Méd. clin.*), l'on est bientôt convaincu que cette fièvre n'est autre que la variété de pneumonie que nous venons d'examiner et qu'il a méconnue. C'est surtout dans les phénomènes d'invasion qu'il signale, que nous voyons les traits de notre tableau. Ce sont aussi les mêmes dispositions chez les vieillards atteints. Dans les épidémies que décrit Pinel, comme dans celles dont nous avons été témoins, c'était toujours les vieilles femmes qui gardent le lit qui étaient particulièrement frappées, etc.

Si maintenant on considère par combien de points de contact la pneumonie *typhoïde* des vieillards touche aux fièvres *essentielles*, ou si l'on veut *primitives*, dans sa cause déterminante la plus active (une constitution atmosphérique spéciale qui étend son action même sur les jeunes sujets), dans sa physionomie symptomatique et sa marche qui semblent se maintenir complétement en dehors de l'influence de la lésion locale, et jusque dans les caractères anatomiques (épanchemens apoplectiformes des poumons, ecchymoses du tissu cellulaire, inflammation de l'intestin, etc.); si, disons-nous, on tient compte de toutes ces considérations, on concevra aisément que la phlegmasie pulmonaire ait échappé à Pinel, à une époque où la sentence de Baglivi sur les maladies des poumons avait encore toute sa force, et au milieu de préoccupations d'esprit qui détournaient alors des investigations sévères de l'anatomie pathologique.

Nous venons de voir quels graves désordres peuvent signaler la pneumonie des vieillards; mais dans un très-grand nombre de cas, cette inflammation ne diffère de ce qu'on observe chez l'adulte que par l'absence ou le peu d'intensité des symptômes généraux.

La pneumonie *intervésiculaire* ne paraît pas devoir se distinguer de la pneumonie vésiculaire par les symptômes généraux plus que par les troubles locaux. Cependant d'après le relevé de nos dix-huit cas, nous ne trouvons pas une observation où la réaction ait été intense. Le cours de la maladie a été constamment marqué par la langueur qui a signalé le début. Une sorte de suffusion séreuse avec pâleur des tégumens, surtout dans les derniers temps, n'est pas rare. Un fait maintenant assez remarquable, c'est que, dans aucun cas d'adynamie *réelle*, nous n'avons trouvé la forme *intervésiculaire* de l'inflammation.

Etat du sang. — Un des traits spéciaux les plus remarquables de la pneumonie des vieillards, est fourni par l'état du sang. L'existence de la *couenne inflammatoire* est partout considérée comme un caractère à peu près immuable encore, dans l'inflammation des poumons, au point qu'on a avancé que le nom de couenne *pneumonique* lui conviendrait beaucoup mieux comme désignation générique, que celui de couenne *pleurétique* qui lui est généralement affecté. Nous n'avons pas à examiner de quelle exactitude serait cette dernière dénomination soumise à l'observation chez les vieillards; mais à coup sûr celle de couenne *pneumonique* n'est pas étayée par les faits recueillis dans le cours de l'inflammation des poumons à cet âge. Ce n'est, en effet, que dans la minorité des cas, que la pneumonie s'accompagne de l'état couenneux du sang. Sur vingt-quatre saignées pratiquées chez des sujets qui succombèrent, le sang ne fut couenneux que huit fois. Il le fut neuf fois sur 23 saignées suivies de guérison; en somme, 17 fois sur 47 saignées.

Dans les 17 cas où s'était montrée la couenne inflammatoire, le début avait été latent une fois et 15 fois aigu. Une fois il n'avait pu être déterminé.

Dans les trente cas où la couenne avait manqué, le début avait été 11 fois latent et 18 fois aigu; une fois encore sa forme ne fut pas notée. D'où il suit que l'état couenneux du sang se lie manifestement plus fréquemment à la forme aiguë, c'est-à-dire, au mode le plus franchement inflammatoire de la maladie.

Cette absence de la couenne du sang ne doit peut-être pas être rattachée en entier à sa disposition organique. On sait avec quelle force le sang s'échappe de la veine chez les pneumoniques adultes en proie ordinairement à une réaction intense. Chez le vieillard, au contraire, cette réaction est si faible ou du moins si courte, que le plus souvent le sang ne jaillit plus, mais sort en bavant de la veine, quoique largement incisée; or, cette circonstance est, comme on le sait, très-défavorable à la production de la couenne.

Du reste, les qualités physiques du caillot sont généralement tout à fait différentes de celles offertes par le sang couenneux. Le sang n'est pas rouge et ferme, mais tout au contraire mou et noir, ou verdâtre. Quelquefois même le sang ne se concrète pas; il prend une consistance demi-liquide analogue à celle de la mélasse, et dans la plupart des cas on peut noter la petite quantité ou l'absence complète de la sérosité.

Tous ces caractères du sang qu'on rencontre dans les pneumonies les mieux constatées, même par l'autopsie, sont, comme on le voit, ceux de l'asphyxie. Ils seront facilement compris si l'on se rappelle ce que nous avons dit de la gêne qu'apporte naturellement à l'hématose la raréfaction de l'organe respiratoire, et l'oblitération des capillaires, et si l'on tient compte de l'étendue habituelle de la pneumonie des vieillards, ainsi que de la facilité avec laquelle se congestionnent consécutivement les parties déclives et encore perméables des poumons. Ne faut-il pas voir dans ce défaut d'oxygénation du sang, une des causes principales de la faiblesse de la réaction inflammatoire dont la pneumonie s'accompagne si souvent dans la vieillesse?

Marche et durée de la pneumonie. — Après ce que nous avons dit plus haut sur les nombreuses variations que les symptômes présentent, soit dans leur intensité, soit dans leur enchaînement, nous n'avons à signaler,

relativement à la *marche* de la maladie, qu'un seul fait qui soit spécial à la vieillesse; c'est la rapidité avec laquelle l'inflammation parcourt quelquefois ses périodes.

L'observation faite par M. Louis, de la marche rapide des inflammations chez les vieillards, est surtout applicable à la pneumonie.

Nous avons cherché quelle avait été la moyenne de durée dans nos 109 observations détaillées (précéd. Mémoire); mais nous devons dire de suite combien cette recherche offre d'incertitudes; d'abord parce que nos vieilles femmes, ne pouvant juger de la gravité de leur mal que par l'altération de leur santé générale, appréciation souvent trompeuse, ne viennent que trop tard à l'infirmerie, et ne peuvent donner que des renseignemens très-inexacts sur le début; en second lieu, parce que, comme on le verra, la pneumonie des vieillards a rarement une terminaison franche et entière à laquelle on puisse imposer une date. Voici cependant, après avoir relu et médité chacune d'elles, le résultat auquel nous sommes parvenus.

Sur nos 109 observations bien détaillées, la durée moyenne de la pneumonie a été de 9 jours 7/10

En considérant sous le même point de vue dans la *Clinique* de M. Andral, les observations de pneumonies relatives à des adultes, on trouve que la durée moyenne a été de 11 jours.

M. Chomel avec Laënnec admet sept à vingt jours;

M. Bouillaud huit à douze jours, moyennant son traitement et la guérison.

On voit donc que chez le vieillard la marche de la pneumonie est constamment plus rapide que chez l'adulte. Mais il est curieux de voir quelle différence existe sous le rapport de la durée entre les pneumonies guéries et celles terminées par la mort.

Dans 33 observations relatives aux premières, la durée moyenne de la maladie fut de 14 jours 3/10, tandis que dans 76 relatives aux secondes, cette durée ne fut que de 7 jours 7/10.

Ce résultat sera surtout digne de remarque, si l'on considère que dans la première de ces deux séries, la pneumonie ne dépassa que six fois le premier degré, tandis que dans la seconde série tous les cas appartiennent aux deuxième et troisième degrés.

Diagnostic. — Le diagnostic de la pneumonie des vieillards s'exerce sur trois points. Il s'agit de constater : 1° *l'existence même de la maladie;* 2° le degré auquel elle est arrivée; 3° son siége précis. Il est bien entendu que nous n'avons à nous occuper que des difficultés speciales qui peuvent naître de la spécialité des symptômes, et non des cas où l'affection se présente avec ses signes caractéristiques connus et bien évidens.

A. *Existence de la pneumonie.* — Nous apprécierons d'abord la valeur des signes rationnels.

1° Nous n'avons rien à dire, sous ce rapport, de ces cas où manquent à la fois et les symptômes généraux et les signes tirés du trouble fonctionnel local (*Voy.* 4e Mémoire), cas qui sans être très-communs, sont malheureusement loin d'être rares. Il est clair que les signes physiques peuvent seuls ici faire éviter l'erreur, et à ce sujet nous émettrons une proposition qui ne sera certainement contredite par aucun médecin qui aura pratiqué pendant quelque temps à la Salpétrière, c'est que si l'on veut se mettre à l'abri de tout mécompte, il faut à chaque visite percuter et ausculter la poitrine de toutes les malades, quelles que soient d'ailleurs les affections qui aient nécessité leur entrée à l'infirmerie. Il n'y a presque pas de jour, l'hiver, où l'on ne constatera des congestions pulmonaires et même de véritables hépatisations, qu'aucun indice n'a pu faire soupçonner chez des femmes soumises cependant depuis longtemps à une observation quotidienne. Les erreurs qui nous sont échappées nous ont fait un devoir de ne plus négliger ces investigations, qui régleront désormais notre conduite auprès de tous les vieillards malades qui se confieront à nos soins.

2° Dans d'autres circonstances, les troubles fonctionnels locaux (toux, dyspnée, point de côté, etc.), manquent encore, ou s'ils existaient auparavant, n'augmentent pas d'intensité (voy. *loco citato,*); mais les malades n'ont plus d'appétit, le facies s'altère; il y a faiblesse, fièvre, malaise général et indéfinissable. Ces seuls symptômes, ordinairement si vagues, doivent déjà chez les vieillards attirer l'attention du côté des poumons, et cela pour plusieurs raisons. D'abord, parce que ce sont les organes qui s'affectent le plus facilement; en second lieu, parce qu'une lésion *aiguë*, ayant son siége dans la cavité abdominale ou la cavité encéphalique, et assez *intense* pour abattre ainsi les forces et exciter un mouvement fébrile, se manifeste ordinairement par quelque désordre fonctionnel bien tranché (constipation opiniâtre, diarrhée, coliques, céphalalgie, délire, étourdissemens, etc.), tous symptômes que les malades ou les médecins ne laisseront point échapper; enfin parce que, de toutes les lésions aiguës observées chez les vieillards, c'est l'inflammation du poumon qui est le plus susceptible de porter une atteinte profonde à l'économie, sans donner lieu à des symptômes locaux bien déterminés.

Au reste, dans beaucoup de circonstances le médecin pourra réellement développer à volonté ces symptômes, ou du moins les rendre plus évidens. Ainsi il arrive quelquefois que la percussion éveille de la douleur dans un point du thorax qui correspond précisément à l'inflammation du poumon. D'autres fois, en faisant tousser ou même simplement parler les malades, on fait naître la dispnée; mais c'est surtout par la pression abdominale qu'on obtient ce résultat. Ce moyen, que Bichat indiquait déjà, et qui a été rejeté avec tant de dédain, nous paraît d'une application utile chez les vieillards, et ne doit point être négligé, la difficulté du diagnostic exigeant qu'on multiplie le plus possible les ressources de l'investigation. Plus d'une fois nous avons vu la pression de l'épigastre exercée pendant quelques secondes et d'une manière soutenue, rendre haletante une respiration qui auparavant n'offrait aucune accélération, et nous avons constaté une pneumonie. Cette pression, exercée sur des sujets non malades et beaucoup plus

fortement, ne produisait qu'une gêne qui n'était en rien comparable à la dyspnée observée dans le premier cas.

3° Quand les signes tirés des troubles fonctionnels locaux existent, leur valeur doit le plus souvent être appréciée différemment que chez l'adulte. La fréquence du point de côté n'indique pas nécessairement la complication de pleurésie, de même que son absence n'implique pas toujours celle de cette phlegmasie. (*voyez* 4e Mémoire); la toux, quand elle a le caractère saccadé, et qu'elle s'accompagne de ce gargouillement particulier dans l'arrière-gorge, que nous avons décrit (*ibid.*), peut devenir, comme nous l'avons déjà dit, un signe important. Jointe à la prostration des forces, elle nous a suffi plus d'une fois pour annoncer une pneumonie chez des femmes que nous n'avions pas encore examinées; d'un autre côté, parmi les crachats sanglans, il en est qui sont loin d'avoir une signification égale aux crachats de cette nature observés chez l'adulte; tels sont ceux formés d'un mélange inégal de sang et de mucosités épaisses plus ou moins opaques. Ils sont quelquefois le simple produit d'une sécrétion des grosses bronches.

Si nous examinons maintenant les élémens de diagnostic fournis par l'auscultation, nous voyons qu'ils sont aussi très-souvent d'une application fort incertaine.

Tantôt la pneumonie ne se révèle que par un râle sonore dû à l'engorgement concomitant de la muqueuse bronchique, et ordinairement beaucoup plus étendu que ne l'est la portion de parenchyme enflammé (*ibid.*); ou bien c'est un râle muqueux à grosses bulles : on pourrait alors penser qu'on n'a affaire qu'à une simple bronchite, d'autant plus que le retentissement de la voix manque le plus souvent dans ce cas.

Tantôt la pneumonie existant en arrière et en bas, et arrivée déjà à l'hépatisation, ne donne plus lieu à aucun bruit stéthoscopique (*ibid.*), ou n'étant encore qu'à l'état de congestion, elle ne laisse entendre qu'une respiration *faible* et *rauque* (*ib.*); alors il est facile de croire à l'existence d'un épanchement pleurétique lors même qu'il n'existerait pas de point de côté, et à plus forte raison s'il en existait. Cette source d'erreur peut se rencontrer, il est vrai, chez l'adulte comme chez le vieillard, mais ici elle est rendue plus facile par ces deux circonstances : que le retentissement de la voix a presque toujours chez les vieilles femmes le caractère égophonique (2e Mém.). et que dans cette région du thorax il se fait souvent entendre au-dessus du niveau de la lésion (4e Mém.).

Tantôt, enfin (*ibid.*), le bord antérieur du poumon gauche hépatisé, s'interposant entre le cœur et les parois thoraciques, donne lieu à l'obscurité, à la confusion des battemens du cœur, et si on joint à ces signes l'orthopnée, la jactitation, la faiblesse et l'irrégularité du pouls qui existaient dans ces cas, on aura tous les symptômes de la péricardite avec épanchement. Il est vrai que dans nos épanchemens on avait entendu le râle crépitant à la région précordiale; mais, d'une part, il n'a existé que dans les premiers jours, et l'on aurait pu n'en pas être témoin; d'autre part, nous savons combien ce symptôme manque fréquemment dans la pneumonie du vieillard. Aussi dans un cas où le cœur n'avait pas été recouvert, mais seulement poussé à droite par une pneumonie du lobe supérieur gauche (ainsi que cela fut remarqué à l'autopsie), les bruits du cœur étaient extrêmement obscurs, comme étouffés, et l'on n'entendait dans la moitié antérieure gauche du thorax que du ronchus qu'on aurait pu attribuer à une simple congestion sanguine consécutive à une maladie du cœur.

Au milieu de toutes ces difficultés, il n'existe plus qu'un seul moyen d'arriver au diagnostic, c'est la percussion.

Quelle que soit l'intensité des râles sonores et muqueux, si dans les points où ils se font entendre, la percussion constate que le son reste clair, il ne s'agit pas d'une pneumonie, mais d'une bronchite. Si elle constate, au contraire, *l'obscurité du son*, elle indique qu'indépendamment de l'engorgement des bronches d'où résulte ce râle bruyant qui fait taire tous les autres signes stéthoscopiques, le parenchyme pulmonaire est congestionné et qu'il y a pneumonie commençante. Enfin, dans quelqu'étendue que ces râles existent, si la percussion découvre au milieu d'eux un point tout à fait mat, elle fait ainsi toucher en quelque sorte le foyer du mal.

Dans le second cas cité tout à l'heure, où la pneumonie pourrait être confondue avec un épanchement pleurétique, la percussion ne trouve, dans les positions les plus diverses du corps, aucun changement dans le niveau de la matité, et comme il est rare que dans les épanchemens récens qui ne remplissent pas la poitrine, les changemens de position du tronc ne déplacent pas ce niveau de la matité, on en devra conclure, malgré l'égophonie entendue au-dessus, qu'il s'agit encore d'un engorgement du parenchyme. D'ailleurs, si la pneumonie n'était qu'à l'état de congestion, la matité ne serait point assez prononcée pour qu'on puisse l'attribuer à un épanchement.

Quant aux chances d'erreur qui, sous le rapport de la percussion, pourraient résulter d'un emprisonnement de la sérosité dans des fausses membranes, elles n'appartiennent pas plus à la vieillesse qu'à l'âge adulte, et nous n'avons pas à nous en occuper.

Enfin, dans le cas où la pneumonie pourrait être confondue avec la péricardite, la percussion ne peut pas toujours rectifier les fausses données de l'auscultation, car à mesure que l'obscurité et la confusion des bruits du cœur augmentent, à mesure aussi la matité prend de l'extension à la manière de celle que produit un épanchement graduel dans le péricarde. Il serait donc impossible alors, si les signes rationnels ne fournissaient aucune lumière, et si le râle crépitant manquait, d'établir avec certitude le diagnostic. Mais dans l'observation citée plus haut, où le poumon gauche ayant refoulé le cœur à droite, l'auscultation donnait à la fois les signes d'une péricardite et ceux d'une

simple congestion sanguine qu'on aurait pu croire consécutive, la percussion constatant d'emblée dans toute la moitié antérieure du thorax, une matité absolue, ce signe, joint à la marche aiguë des symptômes, suffisait pour établir sûrement l'existence de la phlegmasie pulmonaire, et permettre d'expliquer par elle les désordres du cœur.

Dans ce qui précède, nous avons essayé d'établir tout ce que l'appréciation des signes rationnels et des signes physiques peut fournir de données positives pour le diagnostic de la pneumonie chez les vieillards. Quand ces données ne peuvent s'acquérir, on peut encore *présumer* plus ou moins fortement l'existence de la maladie, soit par le mode d'invasion et la nature de la cause, soit par la gravité de l'atteinte portée à l'économie. Nous répéterons ce que nous avons déjà dit : l'inflammation des poumons est, chez le vieillard, la lésion aiguë qui est susceptible d'exercer l'influence générale la plus profonde. D'un autre côté, nous devons rappeler combien de fois encore cette influence est nulle, de telle sorte que les ravages intérieurs les plus étendus n'ont presque aucun retentissement au-dehors. Ce recours aux symptômes généraux n'est donc rien moins qu'une ressource assurée dans les cas obscurs.

B. *Degrés de la pneumonie.* — La pneumonie une fois reconnue, on ne peut juger du degré auquel elle est arrivée que sur les signes tirés, 1° du caractère des crachats; 2° des résultats de l'auscultation et de la percussion.

1° Quand les crachats ne contenant pas de sang deviennent crêmeux et puriformes vers la fin de la maladie, cet aspect, quoique pouvant se rencontrer dans le simple catarrhe chronique, annonce ici presque à coup sûr le troisième degré, par cela même que cet aspect s'est montré graduellement et à mesure que s'aggravaient les autres symptômes. Quand les crachats contiennent du sang, ils ne peuvent plus aussi bien, par leurs modifications, exprimer les dégrés de la phlegmasie. Ils peuvent rester les mêmes jusqu'à la mort (4e Mémoire); d'un autre côté, l'existence antérieure d'un catarrhe muqueux ou pituiteux peut donner tout d'abord au produit de l'expectoration l'aspect d'une solution de chocolat ou de jus de pruneaux. (*Ibid.*). Toutefois si, comme dans le cas qui précède, la formation de ces deux caractères est ici graduelle, ils acquièrent alors la même valeur que chez l'adulte.

2° Les trois degrés peuvent n'être caractérisés que par le râle sonore où le râle muqueux. Cependant on peut, jusqu'à un certain point, juger par eux des progrès de l'inflammation, quand on a suivi leur développement, car leur intensité et leur étendue augmentent en général avec la phlegmasie. Le râle muqueux lié d'ailleurs à des symptômes carartéristiques de l'inflammation du poumon, quand il a pris en quelques jours une grande extension, en revêtant peu-à-peu le caractère du gargouillement, annonce ordinairement le troisième degré, alors même que la diminution ou la cessation du souffle tubaire tendrait à faire croire à une amélioration.

Ce souffle indique habituellement que la pneumonie est arrivée à l'hépatisation; mais il mérite moins de confiance quand il ne s'entend qu'à la racine des poumons (*Voy.* 4e Mémoire), à moins qu'il ne s'y joigne de la bronchophonie. On a pu voir (*ibid.*), que dans cette même région, le souffle caverneux accompagné d'un fort gargouillement circonscrit, est loin d'annoncer toujours la formation d'un abcès; il faudrait, de plus, qu'on entendît dans ce point une pectoriloquie bien évidente; car la simple bronchophonie, malgré l'intensité du gargouillement, pourrait n'indiquer que la co-existence d'une hépatisation et d'un amas de mucosités dans les grosses bronches. Or, on conçoit combien le diagnostic serait, en pareil cas, rendu difficile par la ressemblance qui rapproche si souvent la bronchophonie de la pectoriloquie. C'est sans doute une réunion de pareilles circonstances qui a induit Laënnec en erreur dans la prétendue épidémie de pneumonies partielles qu'il cite. (*Traité de l'Auscultation*, tome Ier, p. 407, dernière édit.)

3° La percussion, déjà si utile pour découvrir l'existence de la pneumonie chez les vieillards, ne sert pas moins à en apprécier les degrés. Les nuances de la matité marquent exactement les progrès d'une simple congestion à l'*hépatisation;* et si par elle même la matité absolue ne peut faire distinguer l'hépatisation rouge de la grise, elle peut du moins appuyer fortement ou rectifier les données fournies par les autres signes. Ainsi lorsque, en même temps que l'on constate les râles sonores ou muqueux, le gargouillement, le souffle tubaire, etc., on constate aussi cette matité, elle lèvera bien des incertitudes en fixant la valeur réelle de ces differens phénomènes qui ne pourront plus s'expliquer quer que par la compacité et l'imperméabilité du parenchyme pulmonaire.

A ces moyens d'arriver à la connaissance du degré de la phlegmasie pulmonaire, il faut joindre comme moyen accessoire, l'appréciation de l'altération qu'ont subie les forces, comparée à l'étendue du mal et au temps écoulé depuis son invasion. Nous renvoyons à ce sujet à ce que nous avons dit plus haut, sur la marche et la durée de l'inflammation du poumon chez les vieillards.

C. *Diagnostic du siége de la pneumonie.* — Les signes physiques seuls, et quelquefois en même temps la douleur locale, peuvent l'apprendre. La première question à faire est celle-ci : de quel côté de la poitrine existe la maladie? Cette question pourra paraître singulière à ceux qui ne se représentent la pneumonie qu'avec les caractères tranchés qu'elle revêt ordinairement chez l'adulte. A la Salpétrière, elle ressort tout naturellement de l'expérience journalière. Une vieille femme est prise tout à coup de toux, de dyspnée; les crachats sont rouillés; il y a de la fièvre; la pneumonie est évidente. On ausculte, et on n'entend des deux côtés qu'un râle sonore ou muqueux : nous avons vu plusieurs cas semblables. Où siége la pneumonie? Est-elle simple? est-elle double? La percussion seule peut éclairer sur ce point. Tantôt une matité complète des deux côtés annonce une double hépatisation; tantôt elle

constate que ces râles si semblables, même pour l'intensité à droite et à gauche, étaient dus cependant, d'un côté à une véritable hépatisation, et de l'autre à un engouement passif. Le traitement local est alors dirigé en conséquence. Mais si la percussion était impossible par cause de difformité ou d'une trop vive douleur, l'auscultation jetterait dans la plus complète incertitude. On ne pourrait que *supposer* la pneumonie du côté du point pleurétique, s'il en existait.

Nous n'avons rien à dire que ce qu'on sait déjà des indications qu'on peut tirer du décubitus, pour déterminer le côté où siége la pneumonie.

Quant au lobe affecté, il est clair que, lorsque la maladie siége auprès des grandes scissures, il est impossible de le déterminer avec certitude ; mais ce que nous voulons établir, c'est que généralement on se hâte trop de fixer le siége de la pneumonie dans le lobe supérieur, parce que les signes qui l'annoncent ont lieu au sommet de la poitrine, au niveau, par exemple, de l'épine de l'omoplate et même au-dessus. Nous avons vu des pneumonies du lobe appelé inférieur, donner lieu à du souffle tubaire dans la fosse sus-épineuse. Dans ces cas, nous avons constaté à l'autopsie, que la grande scissure pulmonaire était verticale, et que le lobe *dit* inférieur, devenu directement postérieur, remontait jusqu'au sommet de la cavité thoracique. Cela a lieu dans les poumons du premier type et quelquefois du second. (Voy. *Anat. des poumons des vieillards*, 1er Mémoire, *Arch.*, août 1835).

Par inverse, dans les poumons du troisième type, le sillon est souvent tout à fait horizontal, en sorte qu'une pneumonie située très-bas en arrière, peut encore appartenir au lobe supérieur : c'est ce que nous avons vérifié assez souvent.

Ce serait ici le lieu d'établir le diagnostic différentiel des deux pneumonies, *vésiculaire* et *intervésiculaire ;* mais l'insuffisance des faits nous oblige à nous borner, sous ce point de vue, à ce que nous avons dit de cette dernière forme de l'inflammation pulmonaire, dans l'énumération des signes locaux. (*Voy.* 4e Mémoire), et à l'article des *Signes généraux.* (*V.* ci-dessus).

Terminaison et pronostic. — La guérison *complète* d'une pneumonie est, on peut le dire, rare chez les vieillards. Nous voyons des femmes sortir des salles de l'infirmerie après avoir recouvré l'appétit, les forces, en un mot toutes les apparences de la santé, et si l'on continue de pratiquer l'auscultation chez elles, on trouve encore des râles variés au niveau des points du poumon qui ont été affectés. Ces râles cessent et reviennent alternativement, puis s'établissent d'une manière définitive. Les vieilles femmes continuent de tousser légèrement, sans se plaindre d'ailleurs d'aucun malaise. Tout à coup l'inflammation mal éteinte prend de l'acuité et les force à rentrer à l'infirmerie. Elles ont, disent-elles, un nouveau rhume. Nous en avons vu un assez grand nombre revenir dans nos salles trois, quatre, cinq fois, pour des pneumonies auxquelles elles finissent par succomber. A l'autopsie, on trouve dans les poumons des noyaux d'induration chronique reconnaissables à leur aspect ardoisé (3e Mémoire, mars 1836), mêlés à une hépatisation rouge de date récente, et qu'environne une congestion sanguine plus ou moins étendue. Ces noyaux indurés sont parfois très-multipliés.

La terminaison de la pneumonie par la mort est d'une fréquence vraiment effrayante à la Salpétrière. Ce que nous allons dire à l'occasion du traitement nous dispense de donner ici des proportions à cet égard : avons-nous besoin d'insister désormais sur la gravité du pronostic?

IIIe *Partie.* — *Traitement.* — § 1er. Il n'est guère permis aujourd'hui d'aborder le traitement de la pneumonie, sans en chercher les bases dans une statistique rigoureuse. Nous sentons combien il serait important d'appliquer cette méthode au sujet qui nous occupe; mais les conditions spéciales de notre observation ont entouré cette méthode de tant de difficultés, ont introduit dans le problême tant d'élémens divers, dont il serait impossible de tenir compte sans rejeter une partie des cas qui ont servi à notre travail, que nous sommes convaincus qu'une statistique que nous dresserions actuellement, mènerait à des erreurs d'autant plus fâcheuses qu'elles paraîtraient assises sur des bases plus certaines. Dans la ferme volonté où nous sommes de ne rien avancer qui ne nous semble le résultat irrécusable de l'expérience entourée de toutes les garanties qu'elle exige, nous allons dire franchement quels sont les obstacles qui nous ont fait reculer ici devant une statistique.

Et d'abord nous ne pouvons nous empêcher de signaler comme extrêmement funeste aux indigentes de la Salpétrière, le mode d'admission à l'infirmerie, suivi dans cet établissement. C'est seulement quand elles demandent elles-mêmes à y être transportées, ou quand les *surveillantes* des sections voient leur santé générale compromise qu'on envoie chercher l'élève de garde qui leur délivre un billet d'admission. Or, non-seulement il arrive souvent comme nous l'avons dit avec insistance, que de graves altérations se produisent sans apporter dans les fonctions générales assez de trouble pour révéler la gravité du mal aux malades elles-mêmes, et à plus forte raison aux personnes qui les entourent, mais encore la plupart des vieilles femmes ne quittent leur dortoir qu'avec répugnance, ne viennent que le plus tard possible à l'infirmerie. Qu'arrive-t-il? C'est que dans *plus de la moitié des cas* la pneumonie est parvenue aux deuxième et troisième degrés quand le médecin est appelé à la traiter ; beaucoup de malades meurent avant d'avoir passé vingt-quatre heures dans les salles ; quelques-unes meurent dans le trajet de la section à l'infirmerie.

Une seconde difficulté à l'établissement d'une statistique exacte sur les résultats du traitement, c'est la difficulté qu'offre le diagnostic dans le premier degré, quand les crachats rouillés et le râle crépitant viennent à manquer. Comment alors s'assurer qu'il s'agit d'une inflammation du parenchyme et non de bronches? Et si ces deux affections peuvent êtres confondues, combien ne s'expose-t-on pas à grossir ou à diminuer le

chiffre réel qui exprimera les succès ou les insuccès d'une méthode thérapeutique?

Une statistique doit encore étudier l'influence du traitement sur la durée de la maladie. Or, nous savons combien de circonstances rendent difficile la détermination positive de l'époque du début de la pneumonie chez nos vieillards.

Nous signalerons un troisième obstacle capable de compromettre beaucoup la méthode antiphlogistique; c'est qu'on n'arrive souvent qu'avec la plus grande peine à faire subir aux malades un traitement régulier. Quand le sang noir et épais ne coule qu'en bavant, il s'arrête avec une grande facilité, et la saignée est rarement copieuse; quelquefois même elle donne à peine. Sans doute on peut la renouveler, mais du temps s'est écoulé, et l'inflammation a fait des progrès. De même on se tromperait gravement; si on donnait aux applications de sangsues la même valeur thérapeutique chez le vieillard que chez l'adulte. D'abord elles ne prennent souvent que difficilement sur une peau sèche et écailleuse, et l'inconvénient de la perte du temps se représente. Ensuite les piqûres ne fournissent qu'une petite quantité de sang. Comment tenir compte de ces faits avec quelque rigueur?

Enfin une difficulté qui nous est propre pour l'établissement d'une statistique, c'est que nos observations *détaillées* datent en partie d'une époque où les salles étaient encombrées, et n'ont pas été recueillies immédiatement et au hasard, mais surtout sur les malades gravement affectées.

Nous n'avons pas craint d'énumérer tous ces obstacles, parce que cette exposition tend à montrer à combien d'erreurs peut se prêter la méthode numérique employée sans discernement. Dans toutes les statistiques dressées jusqu'à ce jour sous le rapport du traitement de la pneumonie, a-t-on toujours tenu compte des âges, des sexes, des tempéramens, des causes, de l'existence ou de l'absence des dispositions organiques, du mode d'invasion? A-t-on toujours pu fixer avec certitude l'époque du début, celle de la terminaison? N'a-t-on pas le plus souvent recueilli sans distinction *tous les cas* qui s'étaient offerts à l'observation?..... Le résultat du traitement doit nécessairement varier suivant chacune de ces lésions.

§ 2. Si nous sommes dans l'impossibilité d'exprimer en chiffres des résultats détaillés d'expériences thérapeutiques, nous sommes du moins en mesure de signaler les indications générales qu'une observation répétée nous a fait saisir, *comme spéciales* à la pneumonie de nos vieillards.

A. On a déjà dit qu'il fallait ménager les évacuations sanguines chez les vieillards. Ce précepte est juste; mais il importe d'établir ici quelques distinctions.

On peut les pousser assez loin ordinairement au début de la pneumonie qui s'annonce par des symptômes aigus et tranchés. L'affaiblissement qui en résulte alors n'est pas tel qu'il doive arrêter, en présence d'une aussi grave affection. Trois et quatre saignées de quatre palettes chacune, pratiquées en quelques jours, ont souvent eu d'heureux résultats.

La saignée est aussi indiquée au début des pneumonies à marche latente, dont une congestion passive a été le point de départ. L'évacuation sanguine a, dans ce cas, le triple effet de soustraire une partie de son aliment à cette congestion, de combattre l'inflammation consécutive, de diminuer directement l'état asphyxique. Malheureusement ces indications si claires, si rationnelles ne peuvent pas toujours être remplies; l'adynamie survient plus facilement que dans le cas précédent. On emploie souvent alors avec avantage une combinaison thérapeutique qui paraîtra peut-être singulière au premier abord, mais dont on constatera souvent les bons effets: elle consiste à mettre en usage, concurremment avec les évacuations sanguines, les toniques légers ou même quelques stimulans diffusibles, tels que le vin de Malaga et les potions légèrement camphrées. Ces médicamens soutiennent les forces générales sans détruire l'effet des saignées, auxquelles ils permettent ainsi de revenir. On prévient encore quelquefois l'adynamie en appliquant de larges sinapismes, soit sur les membres inférieurs, soit sur la poitrine, et principalement à la région précordiale.

Quand la pneumonie est passée à l'hépatisation, l'état des forces doit régler l'opportunité de la saignée; nous ne saurions trop insister sur ce précepte. Il est de nos vieilles femmes qui dès le commencement du second degré ne sont pas capables de la supporter; ce cas est pourtant assez rare; mais c'est le cas ordinaire, quand ce degré est établi depuis quelques jours, et surtout si la suppuration est déclarée. La saignée est alors d'autant moins indiquée, que les bronches contiennent plus de mucosités; car le premier effet de l'affaiblissement qui suit l'évacuation, c'est un arrêt de l'expectoration, phénomène des plus graves par l'asphyxie qu'il détermine. Nous avons vu des malades chez lesquelles le pouls invitait à la saignée, cesser de rendre leurs crachats immédiatement après que celle-ci avait été pratiquée, et mourir en moins de douze à quinze heures.

B. Cet engouement des bronches par les mucosités, dont le résultat funeste est d'augmenter les difficultés de l'hématose, rend l'emploi des vomitifs d'un avantage tout à fait spécial chez les vieillards. Leur effet est parfois d'une évidence extrême; le soulagement est instantané; malheureusement il cesse avec trop de facilité par le renouvellement de la lésion qu'ils avaient fait disparaître; aussi faut-il les employer à plusieurs reprises.

Les partisans du contro-stimulisme ont dit que l'effet des émétiques était d'autant plus assuré que la tolérance s'établissait plus facilement: le résultat de notre expérience est qu'employés à hautes doses ils n'ont d'avantages chez les vieillards qu'autant qu'ils excitent le vomissement. On conçoit du reste qu'il ne peut guère en être autrement, quand l'indication essentielle, pressante, est de désobstruer les bronches.

Quand on emploie les émétiques à *doses vomitives*, les saignées, loin d'entraver leurs effets, comme on l'a dit pour les cas où on les donne à *doses contre-stimu-*

lantes, s'allient au contraire très-bien avec eux. L'évacuation sanguine combat directement l'inflammation pulmonaire, en même temps que l'arrêt de l'expectoration dont elle pouvait être suivie est prévenu par le vomissement. On se trouve donc très-bien, dans beaucoup de cas, d'employer dans le même jour les saignées d'abord, et ensuite l'ipécacuanha ou le tartre stibié.

Quant aux sangsues, nous n'avons à indiquer, comme fait spécial, que le peu de fond qu'il faut souvent faire sur leur emploi. Nous renvoyons à ce que nous en avons dit plus haut.

C. *Révulsifs.* — Au premier rang des moyens révulsifs à mettre en usage dans la pneumonie des vieillards, il faut placer les vésicatoires sur le thorax. Des praticiens ont mis en doute leur action dans la pneumonie de l'adulte; un très-grand nombre même soutiennent qu'ils ont pour résultat, surtout quand on les emploie de bonne heure, d'exciter la fièvre et d'accroître par suite l'inflammation. Ces deux assertions prouvent l'inconvénient des formules générales quand on n'a pas étudié les faits sous toutes leurs faces. Toutes deux sont fausses, appliquées à la pneumonie des vieillards, et surtout dans la forme adynamique. On retire les meilleurs effets de *très-larges* vésicatoires appliqués *dès le début* sur le thorax. Si la pneumonie est double, on ne doit pas craindre, sauf quelques cas rares où la fièvre serait par trop intense, d'appliquer un vésicatoire de chaque côté. On peut aussi dans ce cas, s'il ne s'agit encore que d'un simple engouement, le placer sur le sternum. Nous nous rappelons avoir, avec beaucoup d'avantage, couvert, pour ainsi dire, de vésicatoires, la poitrine d'une vieille femme atteinte fort gravement d'une double pneumonie. Deux avaient été placés en arrière, deux en avant, et chacun avait au moins la largeur de la main.

On comprendra très-bien, du reste, comment une plaie si superficielle, quelque large qu'elle soit, excite si difficilement la fièvre chez le vieillard, quand la pneumonie elle-même suffit à peine pour l'allumer.

Nous conseillons en général de ne pas entretenir longtemps les plaies. Nous pensons qu'il vaut mieux les faire sécher rapidement, afin de réappliquer d'autres vésicatoires le plus promptement qu'il sera possible. Cette double et vive irritation cutanée agit plus efficacement que l'irritation lente et prolongée qui accompagne la suppuration.

D. Les purgatifs sont d'un grand secours, à titre d'évacuans et de révulsifs, et l'on s'en sert surtout dans les cas où la faiblesse contr'indique les évacuations sanguines. On est d'ailleurs obligé d'y recourir pour combattre la constipation opiniâtre dont s'accompagne souvent la pneumonie. Mais leur action n'offrant rien de particulier à considérer, nous n'avons pas à nous en occuper plus longuement.

E. Il en est de même de quelques moyens secondaires d'un usage général, dans la pneumonie du vieillard comme dans celle de l'adulte; nous dirons seulement quelques mots de deux d'entr'eux, le kermès et les narcotiques.

Le kermès doit être employé à des doses plus élevées qu'on n'a coutume de le faire chez l'adulte : ces doses sont ordinairement de 6, 8 et 10 grains; il provoque alors assez souvent des vomissemens ou de la diarrhée, et ces résultats n'ont rien que d'avantageux dans cette circonstance.

Quant aux narcotiques, si utiles quelquefois, employés à de faibles doses chez l'adulte, il faut, pour les mettre en usage chez le vieillard, des indications spéciales, telles qu'une grande agitation nerveuse, un point de côté violent, etc. Mais hors de cette circonstance, ils ne servent qu'à augmenter l'adynamie, à arrêter l'expectoration, à faciliter les congestions sanguines qui s'établissent si souvent dans le poumon du côté malade ou du côté opposé.

F. Enfin ce que nous avons dit à propos de la terminaison, prouve la nécessité de poursuivre encore activement le traitement de la pneumonie, alors que les malades semblent entrer en convalescence. Il est bon alors de leur appliquer un second vésicatoire qu'on fera, cette fois, suppurer. Mais un précepte très-essentiel, c'est d'avoir recours aux boissons et potions toniques et astringentes, aussitôt que la chute des symptômes inflammatoires et l'auscultation se réunissent pour montrer qu'il ne s'agit plus que d'un engorgement œdémateux. Le laisser-aller dans le traitement à cette époque de la pneumonie où tout semble fini, amène les plus fâcheux résultats, car c'est alors que se forment les indurations partielles autour desquelles s'établit ensuite si facilement une inflammation aiguë qui ne se renouvelle pas tant de fois impunément.

G. Régime. — Des faits multipliés nous ont démontré que le précepte de la diète sévère dans les maladies aiguës n'est point applicable aux vieillards. Les deux âges extrêmes se touchent sous ce rapport; comme l'enfant, le vieillard ne peut supporter le jeûne prolongé, alors même que l'organisme est en proie au trouble le plus marqué. Ce que nous avons dit à propos des évacuations sanguines dont on doit prévenir l'effet *exténuant* par l'administration simultanée de quelques toniques ou stimulans, doit se répéter quand il s'agit de l'alimentation. Des bouillons, des potages même aident merveilleusement le traitement antiphlogistique. Nous pourrions citer des exemples extrêmement remarquables du succès de cette combinaison. L'état des forces, en résumé, doit attirer l'attention de tous les instans chez les vieillards et ne jamais cesser de *mesurer* l'activité de la thérapeutique.

TRAITEMENT

DES

FRACTURES DES MEMBRES

PAR L'APPAREIL INAMOVIBLE;

PAR FÉLIX-HIPPOLYTE **LARREY**,

CHIRURGIEN SOUS-AIDE-MAJOR, AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS; MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE ET DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS MÉDICALES.

Ex pluribus modis ille eligendus est qui omnium minimo negotio comparatur.

HIPPOCRATE.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE, N° 14.

1836.

TRAITEMENT

DES

FRACTURES DES MEMBRES

PAR L'APPAREIL INAMOVIBLE;

PAR FÉLIX-HIPPOLYTE LARREY,

CHIRURGIEN SOUS-AIDE-MAJOR, AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS; MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE ET DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS MÉDICALES.

Ex pluribus modis ille eligendus est qui omnium minimo negotio comparatur.
HIPPOCRATE.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Fréquence et rareté des pansemens. En chirurgie, deux grandes méthodes thérapeutiques, abstraction faite des procédés opératoires et des indications spéciales, nous paraissent admissibles de nécessité, savoir : *la fréquence* ou *la rareté* des pansemens dans la plupart des lésions extérieures ou des opérations chirurgicales. La diversité des opinions à ce sujet prouve assez son importance; il exige un examen trop approfondi pour être resserré dans le cadre étroit d'une thèse: il exige surtout une portée de jugement trop étendue pour que j'ose en confier le soin à ma novice expérience (1). Je me bornerai à discuter un seul point de cette question, le plus controversé peut-être, mais non pas le plus étudié. Le traitement des fractures par un appareil permanent est, en effet, une méthode que l'on ne connaît pas assez ou que l'on n'a pas assez essayée, et que l'on critique beaucoup néanmoins. Ma tâche sera difficile, puisque je trouverai sans doute de l'opposition dans quelques-uns de mes juges; mais je trouverai aussi chez tous, je l'espère, de l'indulgence et de l'impartialité.

Les inconvéniens de panser fréquemment les plaies, en général, et dans certaines circonstances la difficulté de le faire, telle que la pénurie du linge, des appareils des instrumens et même des aides; la multitude ou l'encombrement des blessés, les marches forcées, la poursuite de l'ennemi, etc., en un mot, la longue expérience des champs de bataille, tels sont les principaux motifs qui depuis longtemps ont convaincu M. *Larrey* de l'avantage des pansemens rares. Il en a fait l'application à toutes les lésions chirurgicales, notamment aux fractures; et ce n'est pas seulement à l'armée qu'il a constaté les succès de cette méthode, c'est tout aussi bien pendant les longs intervalles de la guerre qu'au milieu de la vie active des camps, dans sa pratique civile comme dans sa pratique militaire.

Pour nous entendre, avant tout, sur *la fréquence* ou *la rareté* des pansemens dans les fractures, nous dirons avec *Lecat* : « Le pansement d'une fracture, prolongé jusqu'à la parfaite soudure de l'os ou renouvelé seulement une fois dans cette cure, s'appellerait *un pansement rare*. Renouvelé tous les six ou quatre jours, il s'appellerait un *pansement fréquent.* »

J'expliquerai maintenant le motif qui m'a fait adopter ce sujet de thèse de préférence à tout autre.

La Gazette Médicale a engagé, au commencement de cette année, une discussion à l'effet de savoir quel mode de traitement convenait le mieux aux fractures des membres en général. MM. *Caron-Duvillars* (1) et *Boyer* (2) ont mis en avant et soutenu les avantages de la méthode ordinaire, qui consiste essentiellement dans les pansemens fréquens de la fracture. M. *Meynier* (3), d'autre part, a réveillé l'attention du public médical sur la méthode de son ancien maître, M. *Larrey*, qui emploie un appareil appelé *permanent* ou *inamovible* (peu importe la dénomination). Chacun a dû faire valoir ses raisons en faveur de ses préférences, et M. *Meynier*, après avoir répliqué en dernier lieu, semblait terminer le procès, lorsqu'il fut invité par M. le rédacteur de la Gazette Médicale à lui adresser un exposé complet de l'appareil inamovible.

M. *Meynier*, qui a été comme moi élève à l'hôpital du Gros-Caillou, pouvait répondre à cette demande avec plus d'habileté et d'expérience, puisqu'il est mon aîné en âge et en instruction; il a compris que je serais bien

(1) Cette haute question, proposée par l'ancienne Académie de chirurgie, a été longuement traitée par *Lecat*, qui avait pris pour devise; *Festina lenté*. (Prix de l'Académie de chrirurgie.)

(1) M. *Caron Duvillars* a étudié en Italie, et est déjà connu en France par plusieurs travaux intéressans.

(2) M. *Boyer*, ancien interne des hôpitaux civils, n'est pas le fils du célèbre professeur.

(3) M. *Meynier*, ex-chirurgien militaire, exerce aujourd'hui avec distinction la médecine civile dans le département du Doubs.

aise de lui servir de second, et il m'a proposé de prendre part à la polémique. Mais au lieu de faire un article de journal, j'ai pensé qu'il serait aussi à propos de présenter ce sujet pour thèse. Je m'engage à le soutenir avec d'autant plus de franchise et de conviction, que de toutes les méthodes chirurgicales auxquelles mon père a pu apporter quelques modifications, il n'en est pas une dont les avantages soient mieux démontrés pour moi que ceux de l'appareil inamovible dans le traitement des fractures.

Je n'invoquerai pas à l'appui les résultats de mon expérience personnelle, elle est encore trop jeune; j'ai droit seulement de me fonder sur celle qui m'est transmise de longue date : d'ailleurs, j'ai été témoin pendant trois années, à l'hôpital du Gros-Caillou, des succès nombreux et constans de cette pratique. La plupart des chirurgiens militaires, quelques chirurgiens civils qui ont vu et fait de même, le grand nombre de praticiens étrangers qui emploient des procédés analogues, ceux qui ont assisté autrefois à la clinique de l'hôpital de l'ex-garde, ou qui suivent aujourd'hui celle des Invalides, enfin les faits multipliés à l'infini, mais qui se trouvent épars, voilà les témoignages que j'invoque en faveur de la méthode inamovible. Sûr d'aussi bonnes garanties, j'aborde mon sujet.

Description des pièces de l'appareil inamovible.

Les fractures de la jambe étant ordinairement les plus fréquentes et les plus compliquées, surtout chez les militaires, prenons pour type l'appareil qui leur est applicable (1), sauf à indiquer plus tard les modifications nécessaires aux autres membres fracturés.

Le drap-fanon. Drap ordinaire plié en plusieurs doubles. — Les *fanons.* Deux cylindres de paille serrés fortement avec des ficelles ; le diamètre de chacun d'eux est d'un pouce et demi environ : ils doivent être un peu moins longs que le *drap-fanon.* — Les *remplissages.* Deux coussins de balle d'avoine, assez épais, et de la longueur des fanons. — La *talonnière.* Coussin conique en étoupe, de six pouces de long sur trois de large, et de deux d'épaisseur à sa base. — Le *bandage.* Trois compresses à six chefs séparés les uns des autres. — L'*étrier.* Compresse longuette. — La *tibiale.* Grande pièce de toile découpée sur la forme de l'appareil. — Les *liens.* Cinq ou six rubans de fil. — Le *liquide résolutif.* Mixtion d'alcool camphré, d'extrait de saturne et de blancs d'œufs battus dans l'eau.

Application de l'appareil. Disposons ces différentes pièces d'appareil pour une fracture simple de la jambe.

Le lit étant fait de manière à présenter à son extrémité un plan assez ferme et uniforme, on y place le blessé. Les deux aides chargés de l'extension et de la contre-extension soulèvent le membre avec précaution, pendant que deux autres disposent successivement, 1° les liens, 2° le drap-fanon, 3° le bandage; puis on applique une petite bande au pied pour le maintenir. Ici le moment d'opérer la réduction d'après les préceptes établis par tous les praticiens ; et comme c'est là le point essentiel, il importe que l'aide auquel a été confiée l'extension la maintienne attentivement jusqu'à la fin. Voilà donc le membre posé sur le bandage, qui est étendu lui-même sur le drap-fanon. Ce drap-fanon excède la largeur du lit ; son repli correspond au jarret, qu'il dépasse également comme il dépasse en bas le talon. On applique immédiatement sur le point de la fracture quelques compresses étroites trempées dans le liquide résolutif ; puis le bandage imbibé lui-même et disposé comme il suit : un aide se met vis-à-vis du chirurgien, et tous deux alternativement prennent de leur côté les chefs, en commençant par les inférieurs, recouvrent exactement la jambe, de telle sorte que les chefs situés au-dessus passent obliquement, à distance égale et sans le moindre pli, sur les chefs de dessous. On soulève très-légèrement le membre ; on pose la talonnière entre lui et le drap-fanon, sous le *tendon d'Achille ;* sa base correspond au talon, qui porte à peine. On profite du moment où la jambe repose ainsi sur la talonnière pour arroser en plein le bandage. — Les deux remplissages sont apposés latéralement (le plus long à la partie externe) : ils doivent dépasser un peu la plante du pied. Un aide arrange la tibiale, dont les côtés sont accolés aux remplissages. Pour les maintenir en place, il faut les fanons : l'opérateur se charge de l'externe ou le plus long, et l'aide prend l'interne. Chacun de leur côté, ils relèvent vers eux les bords du drap-fanon, qui se trouve ainsi tendu fortement ; et après voir bien mesuré les rapports du fanon au membre, aux remplissages et au drap-fanon lui-même, ils posent les fanons sur les bords libres de leur drap d'enveloppe et les enroulent peu à peu, avec soin jusqu'au près du bord supérieur des remplissages. Il importe que les deux fanons soient parfaitement de niveau, compriment le membre avec une force modérée et d'une manière uniforme. Un aide les soutient dans cet état, pendant qu'un autre efface les plis de la tibiale et présente les liens. La constriction se fait graduellement, du haut en bas de la jambe, et de dedans en dehors, en évitant de fixer l'un des liens au niveau même de la fracture. C'est seulement alors que l'aide chargé de l'extension doit cesser de l'exercer. — Restent quelques parties accessoires à l'appareil : d'abord on rapproche sous le pied les bords excédans du drap-fanon, et on les coud solidement ; puis on pose une petite pelote d'étoupe à la plante, et on la fixe à demeure au moyen de l'étrier, qui se croise sur le coude-pied, et s'attache enfin sur les côtés du drap-fanon.

L'appareil inamovible, malgré la description détaillée que nous venons d'en donner, n'est pas beaucoup plus long à appliquer que l'appareil ordinaire (1). Il exige plus de soin, puisqu'il est destiné à rester toujours

(1) Nous l'avons décrit déjà dans la clinique du 10 mars 1830.

(1) Nous appellerons celui-ci *appareil renouvelé* : le voulez-vous?

en place ; mais il suffit d'un peu d'habitude ou seulement de l'avoir bien vu employer pour faire de même. On pourrait d'ailleurs s'exercer deux ou trois fois sur le cadavre. — Les pièces qui composent l'appareil inamovible peuvent être trouvées partout très-facilement ; et il est bon de se précautionner toujours d'avance, en campagne principalement (1).

Traitement général des complications.

Sans sortir des généralités de l'appareil inamovible, et prenant toujours les fractures de la jambe pour exemple d'application, examinons successivement les cas compliqués, et le traitement de chaque complication ; car l'unique but de M. Larrey est de simplifier, autant que possible, les diverses lésions, pour agir ensuite comme s'il n'avait affaire qu'à la fracture seule.

Et d'abord, au lieu d'être transversale (2), la fracture peut être oblique, et entraîner des difficultés de réduction, surtout s'il y a chevauchement. Il n'est pas même nécessaire d'adnettre une plaie ou toute autre complication. Il suffit d'apporter encore plus de soin dans la réduction, de superposer au niveau de la fracture quelques compresses immédiates, et surtout de maintenir l'extension avec la plus parfaite rectitude.

Si la fracture est accompagnée d'une plaie même assez étendue, pourvu qu'elle soit superficielle, on se contente de la panser simplement; si cette plaie est inégale, déchirée, contuse, étroite et profonde, le débridement doit être pratiqué proportionnellement ; il est indispensable, si la lésion a été produite par un coup de feu, ou compliquée d'étranglement des tissus, d'ecchymose, d'infiltration, d'esquilles ou autres corps étrangers, etc.

Lorsque la contusion a été portée au point de déterminer de la tuméfaction avec douleur vive, et de de jeter du doute sur le diagnostic de la fracture, il faut opérer le dégorgement de cette partie à l'aide d'une saignée locale, non pas par les sangsues, mais par des ventouses mouchetées ou des scarifications légères (3).

La fracture est-elle comminutive, on enlève avec soin toutes les esquilles libres et mobiles, sans s'inquiéter de celles qui pourront se détacher plus tard avec la suppuration.

Dans le cas d'hémorrhagie par une artère un peu forte, on remonte au tronc, pour en faire la ligature. La compression est suffisante ordinairement pour arrêter le sang d'un petit vaisseau.

Supposons qu'un nerf, par le fait d'une contusion ou d'une déchirure, donne lieu à quelques accidens caractéristiques de cette lésion, on fait la section nette de ce nerf.

En un mot, il faut remédier aux accidens d'après leurs indications spéciales, admises du reste par le plus grand nombre des praticiens ; et puis on applique l'appareil inamovible, comme si la fracture était simple. La complication de plaie nécessite néanmoins un pansement. La réunion des lèvres étant faite, on pose immédiatement du linge fenêtré enduit de cérat ou d'onguent styrax, un ou deux plumasseaux de charpie mollette, des compresses à quatre chefs imbibées du liquide résolutif : le reste, ainsi qu'il a été dit.

Nous indiquerons plus tard le très-petit nombre de cas auxquels l'appareil inamovible n'est point applicable, dans l'acception la plus rigoureuse du terme ; car ces cas ne sont autres, du reste, que ceux qui ne seraient pas favorables à l'appareil renouvelé (soit dit par anticipation).

Analyse du traitement simple par l'appareil inamovible.

Il ne suffit pas de dire, ni même d'affirmer, il faut encore chercher à convaincre ; et, dans ce but, je vais reproduire d'abord chacune des pièces de l'appareil inamovible pour analyser leur mode d'agir ; ensuite je serai obligé de revenir également sur les complications des fractures, afin de démontrer qu'elles ne sont en aucune manière contradictoires à cette méthode.

Il importe, avant tout, que le lit ou le plan sur lequel repose le membre offre partout une surface égale et ferme.

La première pièce d'appareil ou le drap-fanon est destiné à protéger le membre en dessous, ainsi qu'à former un plan uniforme et bien tendu. Il acquiert ensuite une solidité très-grande par la dessiccation du liquide résolutif qui a pénétré son épaisseur, et constitue une véritable attelle postérieure.

Les fanons qui figurent les attelles en bois ont des avantages marqués, selon nous. Leur flexibilité se prête à la conformation du membre, et favorise singulièrement sa compression uniforme; on peut s'en assurer, surtout après la disparition du gonflement. Ces fanons, par leur élasticité multiple, ont une tendance à reprendre la ligne droite, et rapprochent ainsi d'une manière graduée les fragmens osseux, disposés, sans cela, à s'écarter les uns des autres. Jamais les fanons ne déterminent d'excoriations ou d'escarres à la peau, comme on l'observe quelquefois par l'effet des attelles, qui compriment beaucoup plus le siége de la fracture. *S. Cooper* a signalé cet inconvénient (1); donc la compression exercée par les fanons n'est pas aussi douloureuse, quoiqu'elle soit continue, que l'inflexibilité tyrannique des attelles.

---

(1) Au Gros-Caillou, le sieur Ollivier est chargé depuis une trentaine d'années du soin des bandages : ce fidèle serviteur, vieilli dans le métier, saurait, au besoin, appliquer en maître l'appareil à fractures. Un homme comme celui-là est une bonne fortune pour un grand hôpital.

(2) Il ne serait pas à propos de discuter la réalité des fractures longitudinales.

(3) Nous chercherons tout à l'heure à motiver cette préférence des ventouses aux sangsues.

(1) Dictionnaire de Chirurgie.

Les fanons, bien connus des anciens, ont cependant été remplacés par les attelles, parce qu'on accorde à celles-ci de toucher les membres par une plus grande surface. Cette assertion est-elle toujours vraie? Et puis, ne vaut-il pas mieux que la compression soit uniforme, et non pas plus étendue dans certains points que dans d'autres? Enfin les attelles peuvent se briser, mais jamais les fanons, qui ont cependant autant de solidité, et que l'on peut fabriquer partout plus aisément.

Les compresses immédiates de l'appareil inamovible suppléent avantageusement aux faux fanons d'autrefois et aux petites attelles d'aujourd'hui. Semblables aux coussins latéraux de l'appareil renouvelé, les remplissages sont destinés à occuper les vides formés par les dépressions naturelles du membre, à le protéger contre les secousses extérieures, à empêcher la compression immédiate des fanons, et à prêter à celle-ci encore plus d'étendue et d'uniformité.

La talonnière, reposant l'extrémité inférieure de la jambe sur un plan égal, préserve en même temps le talon de la fatigue, de la douleur et de l'excoriation.

Le bandage à dix-huit chefs séparés est commode, parce qu'on peut rapprocher ceux-ci ou les écarter à volonté. Appliqués avec soin, ils ne causent aucune gêne, et contribuent à la régularité de l'appareil.

La bande du pied est utile pour le comprimer de manière à en prévenir le gonflement.

L'étrier, en relevant assez fortement le pied pour le maintenir fléchi sur la jambe, tend à rapprocher le fragment inférieur de l'autre, et à imprimer à la partie postérieure du membre un tel degré d'extension, que le tendon d'Achille et les muscles dont il dépend forment une véritable attelle immédiate, et continuent l'extension du membre.

La tibiale n'a d'autre usage que de prêter à l'ensemble de l'appareil un aspect plus régulier; c'est presque une pièce de coquetterie.

Le liquide albumineux camphré a une action topique bien marquée : il imprègne parfaitement le linge, et par la dessiccation il accole toutes les pièces du bandage les unes aux autres, et donne à l'appareil la solidité du carton. De cette dessiccation résulte une espèce d'étui, ou plutôt de botte, parfaitement moulée sur le membre et qui le soutient, le protége sur toutes ses faces. Un autre avantage notable de l'étoupade dans les fractures compliquées, c'est de fluidifier une partie du pus, d'en opérer la résolution, en se mêlant à la partie la plus épaisse, de former une mixtion plus capable encore de solidifier le bandage.

Analyse du traitement des complications.

Pansement différé. Si la contraction spasmodique est trop forte, et augmente même par les efforts de réduction, au lieu de leur céder; si la tuméfaction est considérable; si enfin quelque difficulté imprévue se présente, telle que l'absence des aides nécessaires, le manque d'appareil, etc., etc., dans ces occasions, il convient d'attendre plus ou moins de temps, et de reposer le membre dans la demi-flexion. On a recours aux topiques émolliens, aux antiphlogistiques et aux sédatifs à l'intérieur. Cette pratique doit être tout à fait exceptionnelle et non à peu près générale. Nous aurons occasion de revenir à ce sujet.

Débridement. Lorsque la fracture est compliquée de plaie profonde avec ou sans issue de fragment, avec désorganisation grave, telle qu'infiltration sanguine, déchirure des parties molles, enclavement d'esquilles ou autres corps étrangers, etc., le débridement immédiat, avons-nous dit, doit être fait; car, à défaut de cette précaution, on serait exposé à voir survenir quelques accidens, et obligé peut-être de lever l'appareil pour agir souvent trop tard, comme on l'observe par la méthode ordinaire. D'ailleurs, dans certains cas, ces débridemens favorisent beaucoup le diagnostic nécessaire au traitement de la fracture; ils font apprécier le rapport des fragmens, la nature des complications, autant de circonstances essentielles à connaître et qui restent souvent latentes par les autres émissions sanguines. C'est ainsi que, dans les fractures comminutives avec étranglement inflammatoire, M. *Lisfranc* emploie presque exclusivement les saignées copieuses au lieu des débridemens et des incisions, dans le but d'obtenir la résorption des épanchemens; et il se fonde sur les conséquences fâcheuses qui résultent de la dénudation des os et de leur exfoliation, des douleurs causées pendant chaque pansement, de l'influence de l'air sur la plaie, de l'abondante suppuration, enfin des difficultés et des lenteurs de la cicatrisation, et par conséquent des difficultés dans le maintien et la consolidation des fragmens. En effet, on conçoit très-bien que ces accidens soient à redouter dans les fractures graves traitées par l'appareil renouvelé : j'en ai même été souvent témoin; mais au moyen de l'appareil inamovible, tous ces dangers restent illusoires, ou au moins fort exagérés, car alors il n'y a pas de cause qui les mette en jeu. La contention du membre agit en même temps sur les plaies débridées, en comprime les bords, les rapproche et en favorise la cicatrisation qui est presque toujours terminée à la levée de l'appareil. *John Bell* recommande aussi d'être fort réservé sur l'emploi de la saignée, qui peut épuiser les sujets les plus robustes condamnés à un repos prolongé pour la consolidation de la fracture, exposés enfin aux conséquences fâcheuses de ses complications.

Saignées locales. Si la tuméfaction existe au niveau de la fracture et réclame une saignée locale, M. *Larrey* préfère aux sangsues les simples scarifications ou les ventouses mouchetées. Voici les principaux motifs sur lesquels il appuie cette préférence, applicable du reste à sa pratique générale (1) : les sangsues augmentent souvent la congestion, loin de la diminuer; elles n'opèrent un dégorgement suffisant que lorsqu'elles sont multi-

(1) Tous les praticiens ont signalé des accidens causés par les piqûres de sang-sues. C'est une observation journalière dans les hôpitaux.

pliées en grand nombre, et encore n'y parviennent-elles que lentement. Les piqûres sont quelquefois si profondes, qu'elles causent des hémorrhagies ou des accidens nerveux ; de là, des points d'ulcérations et de petits foyers purulens, qui, plus tard, peuvent même donner lieu à des escarres gangréneuses, par la pression des attelles ; enfin, sans parler du dégoût et de la malpropreté, il est souvent difficile et coûteux de se procurer des sangsues, et surtout de se les procurer bonnes, à l'armée, par exemple, au milieu des campagnes ; et, en admettant même cette facilité, ne faudrait-il pas attendre la chute des sangsues pour appliquer l'appareil ? les blessés et les chirurgiens ont-ils toujours le temps d'attendre ? Les ventouses mouchetées, selon la méthode si simple de M. *Larrey* (1), possèdent, au contraire, les avantages attribués aux sangsues, sans en avoir les inconvéniens : elles opèrent en peu d'instans le dégorgement nécessaire, et ne divisent que les vaisseaux capillaires, qui sont en effet le siége de la tuméfaction.

(Lorsque celle-ci est produite par le déplacement des fragmens, il importe d'opérer de suite la réduction, au lieu de passer le temps à recouvrir le membre de topiques émolliens.)

Resserrement des liens. Que se passe-t-il lorsque, l'appareil étant appliqué, le gonflement inflammatoire se dissipe plus tard ? Oui, il est bien vrai qu'alors il n'en résulte jamais un tel vide, que les fragmens puissent se déplacer, parce que l'appareil, et surtout les fanons, en égard à leur élasticité, compriment le membre uniformément dans tous ses points : un faible relâchement des liens avertit aussitôt, et rien de plus simple que de les resserrer en proportion. La question de la suppuration va nous ramener d'ailleurs à ce sujet.

Incisions. Dans les cas où une collection sanguine complique la fracture, même sans solution de continuité aux tégumens, il faut l'ouvrir largement, pour obtenir un dégorgement salutaire, et mettre plus en évidence l'état de la fracture.

Moyens hémostatiques. Les indications générales pour les hémorrhagies sont tout à fait applicables aux fractures compliquées de cet accident. Comprimer, cautériser, ou tordre les petits vaisseaux, lier les plus gros, en laissant dehors les fils de la ligature, qui tombe plus tard et se retrouve dans les pièces de l'appareil ; tels sont les moyens que la compression du bandage seconde efficacement. Bien entendu qu'il ne s'agit pas des artères, difficiles à saisir et en même temps d'un calibre trop fort : dans ce cas, j'imiterais la pratique de M. le professeur *Dupuytren*, qui remonte au tronc artériel pour en faire la ligature ; à l'artère fémorale, par exemple, pour la lésion de l'une des tibiales (2). Si une grosse veine a été ouverte, M. *Larrey* conseille de la lier, ainsi qu'il le fait après les amputations.

Extraction des esquilles et des corps étrangers. La fracture est-elle comminutive, produite, par exemple, par un coup de feu, il faut donc, après le débridement, enlever toutes les esquilles mobiles. Mais celles qui sont encore adhérentes (1), que doivent-elles devenir, dira-t-on peut-être, sous l'appareil inamovible ? L'observation d'une masse de faits d'anatomie pathologique prouve que ces esquilles sont susceptibles d'éprouver les modifications suivantes : ressortir de la plaie, rester à sa surface, sur ses bords, ou s'implanter dans les pièces d'appareil ; se perdre dans l'épaisseur des parties molles, s'y enkyster et y séjourner fort longtemps ; cheminer très-loin dans les tissus et y adhérer, sans entraver la cicatrice et sans causer d'accidens (2) ; s'identifier même avec le cal, enfin subir dans le foyer de la fracture une véritable macération ou être résorbées ; telles sont ces principales modifications.

Les autres corps étrangers diffèrent peu, sous ce rapport, des esquilles.

Si la fracture a été produite par une plaie d'arme à feu, les escarres se ramollissent de plus en plus, jusqu'à ce qu'elles aient acquis le degré de solubilité convenable, pour se mêler aux fluides et être résorbées en partie.

C'est dans les fractures par armes à feu, plus que par toute autre cause, qu'il se développe quelquefois un séquestre qu'aucun signe ne révèle à l'avance, et qui ne tend à se séparer de l'os que bien longtemps, en général après la consolidation. Par conséquent, l'appareil permanent n'apporte aucune modification à l'extraction du séquestre.

Résection. Si l'un des fragmens est très-aigu et ressort de la plaie, au point de mettre obstacle à la réduction malgré le débridement préalable, on fait la résection de l'extrémité osseuse. Ce conseil a été donné par les plus anciens praticiens, on l'attribue même à *Hippocrate*. La scie articulée me semblerait fort commode pour cette petite opération.

Complications incurables. Certaines chutes d'un lieu élevé peuvent occasionner deux ou plusieurs fractures, avec des complications tellement graves, qu'elles empêchent même de tenter l'amputation du membre le plus dangereusement lésé, parce que la vie du blessé serait sûrement compromise. Dans ces cas extrêmes, qui ne sont pas rares à l'Hôtel-Dieu, ne pourrait-on se contenter d'appliquer à chaque membre un appareil une fois pour toutes ? tandis qu'en renouvelant les pansemens chaque jour on cause au malheureux estropié de nouvelles souffrances. Et pourquoi faire ? la mort n'est-elle pas le pronostic certain de ces fractures multiples et si compliquées ? Deux exemples de ce genre ont été sous

(1) La méthode de l'application des ventouses se trouve exposée dans la Clinique chirurgicale de M. *Larrey*, et détaillée de nouveau dans notre Relation des blessures de juillet.

(2) Dernièrement encore cette opération a été faite à l'Hôtel-Dieu.

(1) Esquilles primitives, secondaires et tertiaires, d'après M. le professeur *Dupuytren*.

(2) *Amb. Paré* cite des exemples de ce genre ; M. *Lisfranc* en a présenté un remarquable à l'Académie de médecine.

mes yeux, au mois de juin dernier, dans la salle Sainte-Marthe du grand hôpital civil.

Amputation. Ici se présente naturellement la question de l'amputation, question si longtemps débattue et cependant si incertaine encore malgré la décision de l'ancienne académie de chirurgie; car d'après la remarque de *John Bell* (1) ce sujet est un des plus difficiles à traiter. Il est de fait cependant que les opinions sont aujourd'hui beaucoup moins partagées qu'elles ne l'étaient autrefois. En effet, la grande expérience des champs de bataille et des révolutions a bien démontré aux plus célèbres praticiens que les chances de succès sont infiniment rares, lorsque l'amputation n'est pas pratiquée immédiatement pour les fractures compliquées des lésions suivantes : 1° écrasement ou broiement des os ; 2° saillie forte et irréductible des fragmens à travers la plaie; 3° enclavement forcé d'un corps étranger volumineux ; 4° hémorrhagie abondante fournie par l'artère principale du membre; 5° dilacération profonde ou étendue des parties molles ; 6° fracture comminutive très-près d'une articulation ; 7° plaie de cette même articulation ; enfin certains cas inappréciables en théorie. Toutefois, l'amputation paraissant bien nécessaire, nous ne prétendons pas qu'il faille toujours en venir à cette extrémité aussi spontanément que s'il s'agissait de lier un vaisseau pour une hémorrhagie ; on pourrait se reprocher cette précipitation ; mais, toutes chances bien calculées, il faut différer le moins possible et ne pas compter sur un appareil quelconque, dont le moindre inconvénient serait de ne rien maintenir. C'est le conseil donné aujourd'hui par la plupart des chirurgiens, il remonte à de grandes autorités chirurgicales (2). Je voudrais me rapprocher des limites entre les fractures qui peuvent exiger l'amputation et celles qui sont susceptibles de guérison ; l'étendue et la spécialité de mon sujet mettent obstacle à cet essai.

Qu'il me suffise de rappeler que toute espèce de fracture grave, traitée par l'appareil renouvelé, peut l'être tout aussi bien par l'appareil inamovible.

Effets de l'appareil inamovible.

Supposons donc, après notre digression nécessaire, qu'une fracture compliquée de plaie profonde se présente et soit traitée par l'inamovibilité de l'appareil ; on va nous demander bien vite ce que deviendra la suppuration, car c'est là, pour ainsi dire, le pivot autour duquel tournent presque toutes les objections dirigées contre cette méthode. Nous allons essayer de répondre en détail, et aussi complétement que l'exige l'importance de cette question.

Suppuration. Après la disparition du gonflement inflammatoire dont les saignées locales et la compression méthodique ont dissipé la plus grande partie, après le dégorgement primitif de la plaie, survient la période de suppuration (on sait combien elle est variable). Le pus se forme dans le foyer de la fracture ; il suinte et s'écoule entre les lèvres assez rapprochées de la plaie, pénètre les compresses immédiates, et peu à peu parvient à s'épancher en nappes dans les différentes pièces d'appareil. Jusque-là il faut ordinairement un temps assez long ; et alors, comme le démontre l'observation des faits multipliés à l'infini, le travail de suppuration s'arrête définitivement ; il ne doit plus continuer. D'abord la matière purulente occupe à peu près l'espace rempli auparavant par les parties tuméfiées ; mais sa force d'expansion ne va pas plus loin à cause de la plus grande force compressive de l'appareil, surtout si on a resserré les liens. Le pus ne peut non plus refluer ni s'infiltrer sous les tégumens, à cause de la même force qui comprime le membre dans tous les points. C'est donc un nouvel obstacle à l'abondance de la matière purulente ; elle éprouve alors divers changemens à la fois et se partage, pour ainsi dire, en plusieurs parties : l'une est absorbée, l'autre s'épanche définitivement entre les tégumens et les pièces d'appareil, ou dans celles-ci en même temps; une troisième portion s'évapore après transsudation, et la dernière, composée des molécules les plus épaisses, se concrète, forme une espèce de couche autour du membre et dans l'appareil, laquelle, en se combinant au liquide résolutif, se dessèche de plus en plus avec lui, et ajoute singulièrement à la solidité du bandage.

La partie du pus résorbée ne peut entraîner les accidens attribués ordinairement à cette influence, parce que, d'une part, il se trouve fluidifié par l'action tonique et répercussive de la liqueur ; et que, d'autre part, étant à l'abri du contact de l'air, il ne contracte aucune des propriétés malfaisantes que cet agent lui communique.

Tout en acceptant la nécessité d'une contention bien établie pour le succès du pansement par l'appareil inamovible, on a prétendu qu'il était fort difficile d'admettre que les liquides puissent s'épancher entre les tégumens et les pièces d'appareil ; la chose, au contraire, nous semble admissible pour trois raisons : la première, le relâchement insensible de ces pièces d'appareil, surtout lorsqu'il y a un gonflement primitif; la deuxième, la dessiccation après que les linges ont été imbibés de la liqueur ; la troisième enfin, toute physique, la transsudation de certains liquides à travers des corps hygrométriques opposant néanmoins à leur passage un obstacle matériel.

Pour prouver combien sont illusoires les dangers attribués au séjour du pus dans l'appareil, il suffirait d'interroger l'observation des faits, qui valent mieux que

---

(1) Traité des plaies.

(2) *Duchesne,* Traité de la cure des arquebusades, en 1626. — *Wiseman,* Chirurgical Treatise. — *Ledran,* Petit Manuel de chirurgie militaire. — *Ranby,* the Méthod of treating. gun-shot-wounds. — *John Bel,* Discoursés of. the nature, etc., of wounds. — *Guthrie*, On gun-shot-wounds. — *Hutchinson*, Observations in surgery. — *Hennen*, On military surgery. *Schinucker* enfin, qui avait cependant succédé à *Bilguer* dans le service de santé en chef des armées prussiennes : Vermischte chirurgische schriften, etc.

les théories ; car il est absolument hors de doute pour nous que la suppuration devient presque nulle, parce que l'inflammation des parties lesées et en quelque sorte avortée (1). Et bien plus, c'est que cette matière purulente, dans son état de pureté et en si faible proportion, contribue probablement à l'agglutination des sucs qui doivent former le cal. *Dufouart* (2), d'après *Quesnay*, *Fabre* et d'autres, avait admis dans le pus un gluten qui, en s'insinuant dans l'interstice des fibres charnues et des lames du tissu cellulaire, les colle et les réunit ; cette propriété ne pourrait-elle pas contribuer aussi à l'agglutination des fragmens à l'abri des influences extérieures? Mais que cette question incidente ne m'entraîne pas plus loin : je sortirais de mon sujet, en parlant de la formation du cal et des diverses hypothèses émises successivement par *A. Paré* et les anciens chirurgiens physiologistes, par *Duhamel* et ses partisans, par *Bordenave* et les observateurs modernes (1). Je continue l'analyse des objections adressées à l'appareil inamovible.

Compression. La compression est évidemment l'effet le plus direct, le plus immédiat de cette méthode ; aussi lui a-t-on prêté autant d'accidens à peu près qu'au séjour du pus dans l'appareil. Mais nous les croyons tout aussi exagérés; l'observation des faits est toujours prête d'ailleurs à répondre pour nous. On dit, par exemple, que si l'inflammation existe déjà au moment de l'application de l'appareil, la compression qu'il exerce doit augmenter cette inflammation ; mais sans rappeler le traitement préliminaire que réclame cette complication, et supposant même qu'il n'ait pas suffisamment réussi, nous affirmons que les effets secondaires sont avortés par la compression même et par le topique réfrigérant dont nous avons parlé.

Les reproches adressés à cette compression des membres sont d'autant moins fondés que celle-ci est méthodique, uniforme et susceptible de diminuer insensiblement par la confection elle-même de l'appareil ; car il importe bien moins de comprimer fort que de comprimer juste, d'après le conseil d'*Ambroise Paré*. Qui ne sait, en effet, qu'une compression mal faite a, dans toute autre méthode aussi bien que dans celle-ci, plus d'inconvéniens que d'avantages? « C'est » surtout à l'usage bien combiné de ces deux moyens, » l'extension et la compression des muscles, que *Desault* » a dû ses succès (4).» Nous ne doutons nullement que ce précepte ne soit bien suivi par tous les grands chirurgiens de nos jours ; mais n'est-il pas souvent négligé par d'autres, soit dans l'emploi habituel de l'appareil renouvelé, soit dans l'essai de l'appareil inamovible? C'est surtout pour celui-ci qu'il importe que la compression soit régulière, et précédée du traitement que nous avons longuement détaillé, afin qu'une fois en place il n'y ait plus aucun motif réel de défaire le bandage.

Ainsi, non-seulement la compression permanente n'a pas les inconvéniens qu'on lui a reprochés, mais encore elle offre des avantages incontestables en faisant avorter certains accidens. Par exemple, il est généralement reconnu que le périoste contus, déchiré, ne se phlogose jamais immédiatement ; or, la compression permanente met obstacle à cette irritation, d'autant plus à craindre que l'inflammation suppuratoire du périoste est souvent très-grave. Il en est de même de l'attrition des aponévroses, qui n'a jamais de conséquences immédiates. Les incisions consécutives sont bien loin de prévenir les étranglemens aussi sûrement que la compression primitive et permanente. Ce moyen s'oppose également aux effets de la commotion dans l'articulation voisine, lorsque la fracture a été produite par un coup de feu. Ce n'est pas tout, la compression engourdit l'irritabilité musculaire, et prévient les tressaillemens convulsifs du membre. De plus, elle empêche le cal de devenir difforme, en disposant les muscles à former eux-mêmes autour de l'os fracturé un emboîtement naturel, et, partant, obstacle au déplacement. Cet avantage se remarque surtout dans les fractures obliques, si difficiles à maintenir par l'appareil renouvelé.

Enfin, c'est par cette compression méthodique que s'opère le travail d'exsudation et de résolution ; le membre se dégorge, les vaisseaux rompus des os et des parties molles se rapprochent, s'anastomosent, et préparent à la fois le cal et sa cicatrice.

Soins secondaires.

Nous avons donc vu par tout ce qui précède que le traitement de la fracture, quelles que soient ses complications, est tout entier basé sur l'expectation, jusqu'à la levée définitive de l'appareil. Indiquons maintenant les soins secondaires : ainsi, pendant les premiers jours, M. *Larrey* fait imbiber l'appareil avec des affusions froides soit de l'étoupade elle-même, soit simplement du vinaigre camphré étendu d'eau. Ces affusions préviennent la chaleur du membre, quelques accidens qui pourraient en résulter, et contribuent au maintien et à la solidité du bandage.

Il est quelquefois à propos de resserrer un peu les liens, s'ils se relâchent par l'affaissement des parties.

Si une certaine quantité de suppuration a traversé tout le bandage et s'est fait jour au-dehors, on l'absterge avec soin, et on lui superpose quelques compresses, sans en retirer une seule pièce.

Cependant, malgré les avantages si multipliés et si incontestables pour nous de l'appareil inamovible sur l'appareil renouvelé, il est certains cas exceptionnels aux principes de cette méthode. Par exemple, il peut arriver que des vers se développent en assez grand nombre aux environs, et même dans le foyer de la fracture

---

(1) Je serais même porté à comparer l'appareil inamovible, dans les fractures compliquées, à la réunion immédiate des plaies par amputation.

(3) Blessures par armes à feu.

(4) *Voy.* le Dictionnaire de *S. Cooper*.

(2) *Bichat*, OEuvres chirurgicales de *Desault*.

compliquée de plaie ; leur présence est assez bien diagnostiquée par un sentiment de démangeaison et de fourmillement continuel, sans aucun symptôme inflammatoire ou nerveux. Il faut enlever l'appareil. J'en ai observé un cas remarquable chez un blessé de juillet, au Gros-Caillou (1). Cette circonstance, qui nous semblait fâcheuse, ne devait nullement le devenir, selon M. *Larrey;* dans plusieurs cas analogues observés par lui en Syrie, il s'est constamment assuré que non-seulement la présence des vers n'est pas nuisible aux plaies, mais qu'elle leur est peut-être favorable, en ce que ces larves rongent les escarres dont ils hâtent ainsi la chute, et semblent surtout avides de matières putrescibles, sans entamer les parties pourvues de vitalité. On prévient leur développement nouveau, toujours très-prompt, en apposant sur les plaies qui en sont le siége des compresses trempées dans une dissolution de camphre ou de toute autre liqueur antiseptique, et l'appareil inamovible est réappliqué une seconde fois.

Il faudrait aussi le renouveler, s'il avait été mal appliqué primitivement, ou si l'on avait négligé les précautions indiquées ; d'où résulterait le relâchement du bandage, son défaut de solidité, l'issue de la matière purulente, le déplacement des fragmens, une douleur vive, etc., autant d'accidens que l'on évitera toujours en suivant les règles prescrites. Mais de toute manière, une seconde application, une troisième au plus serait toujours suffisante; par conséquent les cas exceptionnels eux-mêmes ne contre-indiqueraient pas la méthode des pansemens rares.

Levée de l'appareil inamovible.

A quelle époque convient-il donc généralement de faire la levée unique et définitive de l'appareil inamovible? Elle varie selon certaines circonstances dépendantes de l'âge, du sexe, de la constitution, du membre fracturé, ainsi que de la fracture elle-même et de ses complications : encore ne pouvons-nous offrir que des données approximatives; car chacune de ces circonstances est elle-même si susceptible de varier, qu'elle exclut réellement toute prévision absolue pour le terme de la guérison.

Tout le monde sait avec quelle promptitude les fractures se consolident chez les enfans, mais aussi combien elles ont de tendance à se consolider vicieusement. Il faut donc apporter les plus grands soins dans la réduction et dans l'application exacte de l'appareil inamovible. La consolidation exige à peu près la moitié moins de temps chez les enfans que chez les adultes ; par exemple, 15 : 30 : : 30 :60 jours, etc.

La proportion n'est pas aussi marquée entre les adultes et les vieillards ; elle l'est d'autant plus cependant que ceux-ci sont plus avancés en âge; mais c'est surtout chez les vieillards que la consolidation s'opère bien plus promptement par l'appareil inamovible que par l'appareil renouvelé ; j'ai acquis la certitude de ce fait.

Chez les femmes, la consolidation est tantôt presque aussi prompte que chez les enfans, tantôt elle est beaucoup plus tardive, si elles sont soumises, par exemple, à cet état grave que l'on n'est pas encore bien convenu d'appeler la *diathèse* ou *cachexie cancéreuse*. Beaucoup de faits modernes prouvent que l'on avait exagéré autrefois la difficulté de la consolidation des fractures pendant la grossesse ou chez les femmes mal réglées. Au reste, l'appareil inamovible me semble devoir favoriser chez toutes la consolidation, d'autant plus qu'étant très-nerveuses, très-impressionnables, elles supportent difficilement les pansemens fréquens et douloureux.

On ne peut accorder de semblables avantages à cet appareil, lorsque l'on a affaire en même temps à une constitution faible ou épuisée par quelque maladie : il accélère la consolidation.

Les fractures des membres supérieurs, comme on le sait, sont plus promptement guéries que celles des membres inférieurs. Par exemple, pour une fracture simple du bras, l'appareil doit rester en place trente-cinq à quarante-cinq jours; quinze ou vingt jours de plus, si la fracture est compliquée.

Les fractures de l'avant-bras ne comportent pas plus de temps, parce que les deux os sont minces et peu susceptibles d'un grand déplacement.

Les fractures simples du corps du fémur exigent à peu près cinquante jours de repos absolu. Les fractures du col, comme les fractures compliquées du corps, sont rarement consolidées avant le soixante-dixième jour.

Quarante et quelques jours suffisent pour les fractures simples et sans déplacement des deux os de la jambe ; beaucoup moins évidemment si un seul a été fracturé, le péroné surtout. Il faut cinquante-cinq, soixante, soixante-cinq jours, s'il y a plaie ou chevauchement.

Somme toute, la consolidation des fractures par l'appareil inamovible est aussi prompte que solide et régulière. Lorsqu'il est encore en place dans les derniers temps, les blessés ressentent tellement de vigueur et de vitalité dans leur membre, qu'ils s'impatientent d'attendre, et, s'ils cédaient à leur envie, ils enlèveraient fanons, bandage et tout à la fois. Dans quelques circonstances, il n'y aurait même aucun inconvénient à le faire, mais mieux vaut être toujours sûr de bien finir ce qu'on a bien commencé.

Aussi importe-t-il de maintenir l'appareil en place au-delà du terme supposé de la consolidation, parce que si, à cette époque, on abandonne le membre à lui-même, il peut se faire que le travail du cal, venant à continuer, occasionne des saillies osseuses que l'on serait tenté de prendre pour une consolidation par chevauchement, surtout s'il existe simultanément un raccourcissement du membre. M. *Larrey* n'en a cependant pas observé un nombre d'exemples proportionnel à l'immensité des cas de fractures qu'il a traitées ; serait-ce encore par l'efficacité de l'appareil inamovible?

Et d'ailleurs, comme l'a écrit M. le professeur

(1) Relation chirurgicales des événemens de juillet 1830.

Delpech, la condition la plus importante pour la formation du cal, c'est le repos constant des fragmens (1).

La levée de l'appareil inamovible exige quelques précautions particulières, essentielles à reconnaître. S'il s'agit, par exemple, d'une fracture comminutive compliquée de plaie, toutes les pièces du bandage forment une masse si solide, si dense, et sont tellement inhérentes les unes aux autres par la mixtion des liquides et de la suppuration, qu'il est souvent fort difficile de les détacher une à une. Lors donc qu'on ne peut y parvenir, il faut couper l'appareil, dans toute sa longueur, avec une paire de ciseaux étroits et forts. Il est rare que l'on parvienne à faire cette section en une seule fois; il est d'ailleurs plus sûr de fendre les pièces couche par couche et au même niveau, pour que le membre soit toujours maintenu dans les mêmes points, pour ne pas lui imprimer de secousses, et enfin pour conserver tout entière son espèce de botte. Souvent des chirurgiens étrangers ont prié M. *Larrey* de leur donner ce moule, comme souvenir de sa méthode; c'est effectivement un véritable moule qui s'est façonné à la conformation du membre, aussi exactement que le cartonnage le mieux fait et le plus solide (2).

Je ne comprends pas que quelques personnes aient prétendu que les pièces de l'appareil inamovible pouvaient se ramollir et se déchirer par l'imprégnation des fluides.

Traitement consécutif.

Après la levée de l'appareil, il ne suffit pas que la consolidation soit parfaite et chaque complication guérie ou en voie de guérison, il faut consécutivement un régime spécial; ainsi on commence par savonner le membre dans toute son étendue, et on le frictionne ensuite. *Hippocrate* et ses successeurs ont conseillé les frictions sèches; *Ambroise Paré* (3) ordonne les frictions, non-seulement sur le membre qui a été blessé, mais aussi sur les autres membres engourdis, et sur tout le corps plus ou moins amaigri et faible. M. *Larrey* suit exactement en ce point la pratique du père de la chirurgie française.

La roideur et la faiblesse qui résultent quelquefois de la compression prolongée se dissipent aisément à l'aide de frictions sèches ou humides, avec le liniment volatil camphré, par exemple. Il faut, d'après le conseil de *J.-L. Petit* (4), éviter l'abus des douches, qui, loin d'affermir le cal, le ramollissent souvent. L'exercice gradué des mouvemens du membre et un régime fortifiant suffisent enfin au rétablissement complet, sans qu'il reste d'ankylose; car c'est encore l'une des objections que l'on a le plus exagérées contre la compression permanente.

Il est bon même de ne pas abandonner tout à coup cette compression, et de soutenir encore le membre pendant quelque temps avec un bandage roulé.

Quant au traitement général, il est aussi simple que facile à suivre. M. *Larrey* n'a recours à la saignée générale que lorsqu'il y a indication absolue, telle qu'une constitution très-pléthorique, une congestion cérébrale ou quelques autres accidens inflammatoires. Il emploie, au contraire, bien plus souvent les saignées locales à l'aide des ventouses scarifiées, lorsqu'un point d'irritation se manifeste du côté de la poitrine ou de l'abdomen, à l'épigastre et aux hypochondres, par exemple, lorsqu'il survient un embarras symptomatique des fonctions digestives; et, dans le même cas, il ne répugne point à donner plus tard un léger émétique; il n'a jamais à craindre pour la fracture la réaction des secousses de l'estomac, et cette pratique lui réussit très-bien. Si quelques maladies générales, telles que la syphilis, le scrophule, etc., compliquent la fracture, M. *Larrey* traite ces maladies comme si elles existaient à part, indépendamment de tout accident particulier. L'appareil inamovible nous paraît signaler de nouveau ses avantages, parce qu'il place la fracture beaucoup plus à l'abri de toute influence morbide que si on employait la méthode des pansemens, surtout pour une fracture compliquée. Il faut en dire autant des complications de maladies épidémiques, la pourriture d'hôpital, par exemple; personne, je pense, ne contestera cette assertion: nous avons d'ailleurs des faits à l'appui.

Presque jamais M. *Larrey* ne prescrit la diète absolue ou prolongée; il a reconnu que c'est un obstacle à la consolidation des fractures, surtout chez les militaires habitués à une nourriture forte, d'autant que la fracture devient tout à fait accessoire à la constitution générale.

Avantages de l'appareil inamovible.

Nous avons énuméré longuement les avantages, pour ainsi dire physiologiques, de l'appareil inamovible: disons quelques mots de ses avantages matériels. Économie de linge, d'appareils et d'instrumens; économie de temps et de peines pour les chirurgiens, surtout s'il existe plusieurs blessés atteints de fractures, ou si d'autres réclament des soins d'urgence ou des pansemens fréquens; tels sont ces avantages secondaires. Un autre encore mérite plus qu'une citation, c'est la solidité de l'appareil, qui permet avec la plus grande facilité le transport des blessés. Je ne crois pas du tout que l'appareil renouvelé présente la même facilité; il n'est jamais aussi solide, aussi adhérent au membre que l'appareil inamovible. Celui-ci, comme nous l'avons expliqué, se trouve maintenu dans un état de consistance par l'imprégnation et la dessiccation du liquide, ainsi que par la combinaison plastique du pus (quand il y a plaie.) D'ailleurs, le transport des blessés n'est-il pas d'autant plus facile, par cela même qu'il n'est besoin d'aucun pansement? Grâce à cette méthode, on a fait éva-

(1) Maladies réputées chirurgicales.

(2) Nous en conservons un modèle.

(3) Chapitre des fractures et des luxations.

(4) Traité des maladies chirurgicales et des opérations.

cuer des blessés d'une ville, d'un pays à un autre (1), de Russie en France, par exemple; et aucun accident n'est survenu : on levait l'appareil, et tout était fini. Sur les champs de bataille, au milieu de l'encombrement des morts et des blessés, sous le feu même de l'ennemi, des voitures légères (2) transportent au loin les malheureux dont les jambes fracassées empêchent la fuite ; et quand ils ont reçu les soins nécessaires, quand ils ont été pansés par la méthode inamovible, d'autres voitures les conduisent à la suite de l'armée. Ils pourraient faire ainsi toute la campagne s'ils ne rencontraient pas un asile dans les hôpitaux.

Enfin l'appareil inamovible, étant appliqué avec les soins nécessaires, ne laisse aucune inquiétude au chirurgien, qui n'a plus à faire aux blessés que des visites de médecin. Ses honoraires, il faut en convenir, souffrent quelquefois de la rareté de ses visites ou de sa méthode expectante ; mais devrait-il s'en plaindre?

Modifications de l'appareil inamovible.

Si j'ai consacré la plus grande partie de cette thèse à traiter mon sujet d'une manière générale, je dois cependant passer en revue quelques-unes des modifications de l'appareil inamovible, eu égard aux fractures des divers membres (3).

Fractures du bras. Pour les fractures du bras, il faut : un bandage de corps, un petit drap-fanon, deux remplissages, un coussin triangulaire garni d'étoupe et assez épais, des compresses carrées, un bandage à plusieurs chefs, une gouttière de carton, deux petits fanons, des bandelettes pour les doigts et un bandage roulé pour la main et l'avant-bras.

Le bandage de corps est fixé de manière à comprimer peu la poitrine. On applique les bandelettes à chaque doigt; la compression modérée mais exacte qu'elles exercent prévient le gonflement et l'engourdissement, qui surviennent lorsqu'on néglige cette précaution. Le bandage de la main et celui de l'avant-bras ont le même but. La fracture étant réduite et le pansement fait (s'il y a plaie), on applique immédiatement les compresses carrées, puis le bandage à plusieurs chefs, les remplissages, les fanons roulés de chaque côté du membre, la gouttière de carton qui doit former le plan solide de la partie postérieure, et les liens. Enfin on pose le bras sur le coussin, de manière que le coude soit à la base, et par conséquent l'aisselle à son sommet. Le bras doit être dans une ligne pafaitement droite avec l'axe du tronc. L'avant-bras et la main seulement sont fléchis, élevés sur la poitrine et maintenus dans cette position au moyen d'une large écharpe qui embrasse tout le buste.

M. *Larrey* n'emploie pas d'autre méthode pour les fractures du col de l'humérus ; il a reconnu les inconvéniens des bandages quelconques appliqués alors sur la poitrine, ainsi que leur tendance au déplacement, la gêne de la respiration surtout chez les personnes dont la poitrine est malade ou faible, chez les femmes dont la gorge est très-développée, chez les enfans qui remuent beaucoup, tandis que l'écharpe n'a aucun de ces inconvéniens, et permet en outre d'observer le moignon de l'épaule. M. *Lisfranc* a fait les mêmes remarques.

Fractures de l'avant-bras. L'appareil inamovible des fractures de l'avant-bras ne diffère pas de celui des fractures du bras, si ce n'est qu'il exclut la gouttière de carton. — Il est à propos d'appliquer un bandage roulé à la partie supérieure du membre.—L'avant-bras repose sur un oreiller, lorsque le sujet est couché, ou sur une écharpe, s'il est debout.

Les fractures des membres supérieurs, traitées par l'appareil inamovible, n'empêchent nullement la marche ni aucune des occupations indépendantes des mouvemens du membre fracturé. Ainsi les militaires en campagne peuvent, s'il le faut, suivre à pied le corps d'armée, etc.

Nous ne dirons rien des fractures diverses de la main ou du pied, parce qu'elles n'exigent d'autres soins particuliers que ceux qui se rapportent à la méthode de M. *Larrey*. Un bandage contentif, modifié selon la fracture et ses complications, doit maintenir l'extrémité dans l'extension, au moyen de petites planchettes proportionnées. Le pansement est inamovible ou renouvelé tout au plus deux ou trois fois.

Fractures du col du fémur. De toutes les fractures, il en est peu qui exigent autant de soins que celles du col du fémur. Nous en parlerons aussi avec quelque détail.

« Quoi qu'on fasse, a dit *Ludwig* de Leipsick, la claudication est un effet constant de la fracture du col du fémur (1). » Quelques chirurgiens ont cependant prétendu la guérir sans raccourcissement ; M. *Delpech* leur en a porté le défi. (Je ne sais si les preuves ont été données.) Ce qui n'empêche pas que l'on ait imaginé pour la réduction de ces sortes de fractures une quantité de machines dont l'application douloureuse a été comparée aux chevalets du saint-office. Je veux parler des appareils à extension permanente. Leur multiplicité est une preuve incontestable de la difficulté de parvenir au but principal qu'on se propose : c'est de ramener l'extrémité du membre au niveau de l'autre, et ces ap-

(1) Pour éviter de prendre à témoin l'expérience de mon père plutôt que celle des autres praticiens, je citerai, par exemple, le fait suivant : M. le docteur *Gimelle*, de l'hopital du Gros-Caillou, est appelé à Soissons par un notaire fort connu, qui s'était cassé la jambe et luxé le pied. M. *Gimelle* applique au membre l'appareil inamovible ; le troisième jour, il monte en chaise de poste avec son blessé, et l'amène grand train à Paris. L'appareil, malgré ce voyage de vingt-cinq lieues, n'est levé qu'au quarantième jour, et la guérison est parfaite.

(3) Ce n'est pas à moi de faire l'éloge des ambulances volantes.

(4) *Voy.* d'ailleurs la Clinique chirurgicale de M. *Larrey*.

(1) Dictionnaire de *S. Cooper*.

pareils n'y sont pas encore parvenus, même ceux de *Desault* et de M. le professeur *Boyer*. « Le bandage de *Desault*, dit *Bichat*, exige des soins qui, donnés même par son auteur, ne préviennent pas le raccourcissement du membre. » Et il en examine les principaux inconvéniens; ainsi, le renversement du pied a presque toujours lieu; la contre-extension est d'autant plus douloureuse qu'elle sert de point d'appui à l'extension; souvent la résistance contractile des muscles est d'autant plus grande que les efforts exercés sur eux sont plus violens; et puis l'appareil peut changer de direction, c'est-à-dire n'être plus en rapport avec l'axe de l'os fracturé, de là difformité ultérieure du membre : ce bandage se dérange enfin avec la plus grande facilité; par conséquent il devient inutile, ou bien il devrait être surveillé sans cesse.

L'appareil de M. *Boyer* (1) a bien sur l'appareil de *Desault* l'avantage d'opérer une extension invariable, et de s'opposer complétement au renversement du pied; mais il peut occasionner des accidens si le moyen mécanique qui en fait la puissance est mu avec trop de force; le diastasis du pied, par exemple, ou même la rupture des ligamens articulaires et la déchirure des tégumens. Qu'en résulte-t-il encore? C'est que le col fracturé manque lui-même de point de compression, tandis que tout le membre en éprouve une très-pénible. De là les difficultés de la consolidation, surtout dans les fractures intra-capsulaires. Sir *Astley Cooper* avoue n'avoir jamais obtenu par l'extension permanente la consolidation de la fracture intra-capsulaire du col. Aussi est-ce le motif principal qui lui a fait adopter la double flexion du membre. Enfin l'appareil de M. le professeur *Boyer* est dispendieux, et ne peut être employé ni à l'armée, ni dans les campagnes, ni pour les femmes, ni pour les enfans.

Bien pénétrés des inconvéniens de l'extension permanente dans les fractures du col du fémur, quelques chirurgiens ont cru devoir lui substituer une méthode beaucoup plus simple. Ainsi des Anglais d'après *Pott*, des Allemands, des Italiens, des Français préconisent la position fléchie du membre. Ils ont simplement en vue de le laisser en place pour maintenir les fragmens en rapport, sans s'inquiéter du raccourcissement. M. le professeur *Dupuytren* n'agit pas autrement depuis plusieurs années. Quoique fort simple, peu fatigant et point douloureux, son procédé, bien connu, ne s'oppose pas toujours aux mouvemens, surtout chez les enfans ou les vieillards indociles, et met obstacle au transport des blessés, s'il était nécessaire.

C'est donc en recherchant quels peuvent être les inconvéniens de l'extension permanente, et de la position fléchie dans le traitement des fractures du col du fémur, que M. *Larrey* a été conduit à leur préférer son appareil inamovible. Je ne redirai cependant aucun des avantages généraux de cette méthode; quelques mots seulement sur son application, en tout analogue du reste à l'appareil longuement décrit des fractures de la jambe, si ce n'est qu'il embrasse le membre tout entier. Le fanon externe doit dépasser, par son extrémité supérieure, le niveau de la crête iliaque, et, ainsi rapproché du bassin, y être fixé par une ceinture; l'appareil est maintenu en place pendant soixante ou soixante-dix jours.

S'il ne s'oppose pas plus qu'un autre au raccourcissement, l'appareil inamovible n'est au moins ni difficile à appliquer et à maintenir, ni douloureux à supporter; il peut être employé chez tous les sujets et en toute occasion; il permet aisément de comparer le membre fracturé au membre sain, il favorise la solidité du cal, et jouit, comme tous les autres appareils de M. *Larrey*, de l'immense avantage du transport.

M. *Larrey* a aujourd'hui d'assez fréquentes occasions d'en faire usage chez les invalides. Il a autrefois traité de cette manière leur commandant actuel, M. le général Fririon, qui n'a qu'un faible raccourcissement du membre (1). Dans les prétendus cas de consolidation sans raccourcissement, allégués par quelques chirurgiens, il n'y avait peut-être pas eu de fracture, ou bien, si elle avait existé, les manœuvres forcées d'extension permanente avaient arc-bouté les deux fragmens par leurs extrémités seules, et non pas toute leur surface. Bien plus, cette cause a donné lieu quelquefois à l'élongation du membre, comme M. *Lallemand* de la Salpêtrière, et M. *Lisfranc* en ont vu des exemples (2).

Fractures du corps du fémur. L'appareil inamovible pour les fractures du col est en tout applicable à celles du corps du fémur. Si, au contraire, on emploie l'appareil renouvelé, la plupart des sujets ont alors une tendance singulière à fléchir le jarret lors des pansemens; j'en ai fait la remarque bien souvent à l'Hôtel-Dieu, d'après M. *Dupuytren*. En effet; les fractures compliquées du tiers supérieur, et même du tiers moyen du fémur, sont si difficiles à se consolider par l'appareil renouvelé, que beaucoup de chirurgiens prétendent que l'amputation devient indispensable, surtout si la fracture est le resultat d'un coup de feu. *Schmuker* a surtout essayé de faire prévaloir cette opinion; mais M. *Larrey* pense qu'elle est exagérée, et se range plutôt de l'avis de *Kirkland* (3), qui a émis les principes les plus raisonnables sur l'amputation de la cuisse. Quoi qu'il en soit, et pour ne pas revenir sur ce que nous avons énoncé de l'amputation en général, un assez grand nombre de faits de la pratique de M. *Larrey* témoignent en faveur des succès de l'appareil inamovible dans des fractures compliquées du fémur; nous avons rapporté un cas fort grave de ce genre, en voici le résumé : Un soldat de l'ex-garde avait reçu dans la cuisse un coup de feu à bout portant; fracas du corps du fé-

(1) *Voy*. l'ouvrage classique du doyen de la chirurgie française.

(1) Clinique chirurgicale.

(2) Compte rendu de la clinique de la Pitié, par MM. *Caron-Duvillars* et *Boyer*.

(3) *Sprengel*, Histoire de la Médecine.

mur, très-près du petit trochanter, avec double plaie; débridemens profonds, extraction de plusieurs esquilles, dont l'une avait plus de deux pouces de longueur; commotion générale, apprêts de l'amputation, mais enfin application de l'appareil inamovible. Disparition des accidens primitifs, aucune complication traumatique, levée prématurée de l'appareil au cinquantième jour, par les instances de quelques chirurgiens étrangers; et, à leur grande surprise, rectitude parfaite du membre, rapprochement des fragmens osseux, et raccourcissement d'un pouce et demi environ; épanchement de toute la suppuration dans l'appareil, consolidation nécessairement encore incomplète, nouveau bandage. Malheureusement, dans le transport d'une salle à une autre, sans précaution et à l'insu du chirurgien en chef, le membre est accroché brusquement à l'angle d'une muraille, et le cal provisoire est rompu; impossibilité d'une réduction nouvelle, et difformité incurable.

Fractures de la rotule. L'appareil inamovible employé par M. *Larrey* pour les fractures du col du fémur est le même pour les fractures transversales de la rotule, si difficiles à réduire. Deux compresses, graduées sont en outre appliquées d'une manière immédiate, l'une au-dessus du fragment supérieur, l'autre au-dessous du fragment inférieur; et on les maintient rapprochées le plus exactement possible au moyen des bandelettes croisées du bandage unissant des plaies transversales des extrémités. Le membre doit rester constamment dans une extension, une rectitude parfaites, et son extrémité inférieure reposer sur un plan incliné (la base correspond évidemment au talon.) La consolidation s'opère, non pas seulement par l'intermédiaire, d'une substance fibreuse, comme on l'a dit, mais par un véritable cal osseux. Car, pourquoi a-t-on refusé à la rotule cette propriété inhérente aux autres os, et que sa texture même semblerait devoir lui assigner plus spécialement? Ne sait-on pas en effet avec quelle facilité se consolident les fractures longitudinales? « Ce résultat défectueux (la formation du cal fibreux), dit M. le professeur *Delpech* (1), n'a rien d'étonnant, quand on considère qu'il s'agit de pratiquer l'extension permanente sur le fragment supérieur, et combien sont imparfaits tous les moyens propres à cet usage. » L'extrême difficulté que l'on éprouve, par la méthode des pansemens, à obtenir la consolidation, dépend précisément, dans les fractures compliquées de la rotule plus encore que dans toute autre, du renouvellement des pièces d'appareil. Aussi se plaint-on de la tendance continuelle des fragmens à s'écarter l'un de l'autre par l'action musculaire; de là, par conséquent, la rareté des consolidations parfaites. M. *Dupuytren* (2) qui a mieux que personne, peut-être, observé la différence des effets résultant de la différence des fractures de la la rotule, croit même tout à fait impossible le rapprochement exact des fragmens en travers, sollicités qu'ils sont sans cesse par des forces contraires l'un par l'extension, l'autre par la flexion du membre. Cet écartement varie depuis un pouce, un pouce et demi jurqu'à deux lignes seulement; aussi, dans ce dernier cas, M. *Dupuytren* regarde le rapprochement comme le plus exact possible.

Je regrette de n'avoir pas vu employer l'appareil de sir *Astley Cooper*, composé principalement d'une courroie circulaire au-dessus du genou et de deux autres fixées perpendiculairement à celle-ci, et servant d'étrier à la jambe. On laisse le membre ainsi en position pendant tout le temps nécessaire à la consolidation. Il me semble que cet appareil a une certaine analogie avec celui de M. *Larrey*, sinon dans la composition des pièces, au moins dans le mode d'application.

Voici un exemple, entre plusieurs, de l'efficacité de l'appareil inamovible dans le traitement des fractures transversales de la rotule. Leroux, âgé de soixante et quelques années, infirmier-major à l'hôpital du Gros-Caillou, était en butte aux malices de quelques soldats: l'un deux s'avise de tendre une corde sur son passage; le malheureux infirmier précipite sa marche sans défiance, rencontre le piége, tombe sur le genou, et ne peut se relever. On l'examine; il avait une contusion violente du genou, et une fracture de la rotule exactement transversale par le milieu, avec écartement des fragmens dans l'étendue d'un pouce environ; point de plaie d'ailleurs. M. *Larrey* applique au membre l'appareil inamovible, qui reste en place pendant une cinquantaine de jours; on le lève enfin; les fragmens se sont rapprochés tout à fait et solidement consolidés; la marche n'éprouve ultérieurement aucune difficulté (1).

L'appareil inamovible, tout en favorisant la consolidation des fractures de la rotule doit prévenir encore un accident spécial à cette lésion. Je veux parler des abcès qui se développent aux environs de l'articulation, ainsi que M. *Dupuytren* en a observé beaucoup d'exemples (2). Il a même vu l'abondance de la suppuration entraîner la mort des sujets, et à l'autopsie cadavérique une désorganisation des cartilages des condyles du fémur. Ce résultat funeste est d'autant plus à craindre que l'on a affaire en même temps à une constitution scrophuleuse, ou qu'il existait antérieurement une tumeur blanche, ou bien que la contusion du genou a été en même temps assez violente ou compliquée de plaie.

Fractures de la jambe. Tous les détails généraux que nous avons donnés de l'appareil inamovible trouvent leur application exacte dans les fractures de la jambe, puisque c'est l'exemple que nous avons choisi pour type. Les fractures de ce membre sont en effet les plus communes de toutes, surtout dans la cavalerie. Le pansement de cette fracture est l'une des opérations les plus fréquentes que M. *Larrey* ait faites à l'armée; lui et tous ses aides pouvaient à peine y suffire dans

(1) Maladies réputées chirurgicales.
(2) Leçons orales.

(1) Ce pauvre homme a succombé au choléra.
(2) Leçons orales.

certaines occurences : comment auraient-ils pu trouver le temps et les moyens de renouveler l'appareil, s'ils avaient suivi l'autre méthode ?

Je dirai peu de chose de la position fléchie que quelques chirurgiens ont adoptée pour la fracture de la jambe; mais indépendamment des remarques qui se rapportent à cette méthode générale, disons, d'après *Samuel Cooper*, que le genou, la jambe et le pied, étant trop peu soutenus, ne s'opposent pas à la mobilité du membre. Ce qu'on peu gagner par le relâchement de certains muscles, on le perd par la tension de quelques autres (*Desault* avait généralisé cette remarque pour la position.) D'ailleurs les muscles relâchés ne sont-ils pas susceptibles de contractions partielles? Enfin le milieu du lit s'affaisse toujours, au point que la jambe, devenant plus élevée que la cuisse, détruit les rapports des fragmens, et détermine souvent une difformité du membre.

Emploi de l'appareil inamovible.

Les nombreuses objections que la théorie a suggérées contre l'appareil inamovible, et que l'on a généralement accueillies sur parole, ont empêché la propagation, ou au moins les essais convenablement multipliés de cette méthode.

Mais assurément, si la plupart des chirurgiens militaires (qui n'ont pas le temps d'écrire) avaient publié les résultats qu'ils en ont obtenus, ils nous auraient fourni de nombreux témoignages. Il n'est peut-être pas d'ancien élève de l'hôpital du Gros-Caillou qui n'ait adopté dans sa pratique l'appareil inamovible. Je nommerai quelques-uns de mes anciens camarades qui sont devenus, chacun dans leurs départemens, des chirurgiens distingués, et qui se félicitent en toute occasion de suivre la méthode de M. *Larrey* (1) : l'un d'eux, M. *Chaumet*, chirurgien, chef interne au grand hôpital de Bordeaux, se propose de publier incessamment les succès constans qu'il a obtenus de l'appareil inamovible ; il présentera le resumé de cent trente observations recueillies en trois années.

J'évite, à dessein, de rapporter des faits de la pratique de M. *Larrey;* le choix m'embarrasserait, j'ai cherché ailleurs.

A l'hôpital du Val-de-Grâce, on a plusieurs fois employé avantageusement la méthode de M. *Larrey;* l'appareil ordinaire a cependant été conservé. Entre autres exemples, je dirai le suivant, que M. *Bégin* m'a communiqué : un garde municipal a la jambe cassée, au mois de janvier 1831, par un coup de pied de cheval. Fracture compliquée du tiers inférieur au-dessus du cal d'une fracture ancienne (en 1814), infiltration de sang ; plaie mâchée, contuse, très-douloureuse. Bandage inamovible pendant soixante jours. Guérison complète.

(1) MM. *Barthélemy*, *Chaumet*, *Guerrin*, *Meynier*; *Robert*, *Vergne* et tant d'autres.

A l'hôpital du Gros-Caillou, M. *Poirson* suit la méthode que lui a transmise M. *Larrey*.

A l'hôpital militaire de Strasbourg, M. *Gama*, dans mainte occasion, appliquait aux fractures la méthode inamovible, d'après les principes qu'il professe aujourd'hui au Val-de-Grâce sur les avantages des pansemens rares.

A l'hôpital militaire de Metz, MM. *Willaume* et *Scoutteten*, partageant les mêmes idées à cet égard, emploient fréquemment l'appareil à demeure pour les fractures : ils en ont obtenu des succès marqués dans des cas graves.

De tous les hôpitaux civils, c'est à celui de Beaujon que l'on a essayé la méthode inamovible de la manière la plus complète et la plus la satisfaisante (mais seulement pour les fractures des membres inférieurs.) Voici le résumé des quatre faits les plus remarquables, qui appartiennent tous au service de M. le professeur *Marjolin*.

1° Fracture comminutive de la jambe, par une roue de diligence, chez un vieillard de soixante-dix ans. Levée de l'appareil au soixantième jour; guérison avec consolidation et rectitude parfaite.

2° Fracture de la jambe près de l'articulation du pied, chez un conducteur tombé de sa diligence. Levée de l'appareil au trente-cinquième jour ; réduction exacte de la fracture; solidité du cal. Nouvelle application de l'appareil pendant trente jours encore, pour ajouter à la consolidation et guérir une ankylose incomplète. Résultat obtenu.

3° Double fracture complète à la jambe ; ainsi trois fragmens pour chaque os, avec gonflement considérable, chez un jeune maçon tombé d'un troisième étage. Levée de l'appareil au dix-septième jour, sans aucune nécessité apparente, mais par inquiétude. Disparition du gonflement; intervalle d'un pouce environ entre l'appareil solidifié et la jambe parfaitement droite. Nouvelle application de l'appareil et levée définitive cinquante jours après l'entrée du blessé; guérison complète.

4° Fracture du tiers moyen de la cuisse gauche; fracture complète oblique et comminutive de la jambe droite à son tiers inférieur, avec saillie des fragmens à travers deux plaies, chez un ouvrier tombé de l'arc de triomphe. Appareil de *Desault* à la cuisse, appareil de M. *Larrey* à la jambe. Levée de celui-ci au soixantième jour ; consolidation de la fracture, cicatrisation des plaies. La consolidation de la cuisse, au contraire, n'était pas complète cinq mois après.

M. *Vidal*, ancien élève de l'hôpital Beaujon, a bien voulu me communiquer ces faits, qui se trouvent aussi consignés dans les journaux de médecine. La dernière observation, la plus intéressante de toutes, a été rapportée dans la Clinique des Hôpitaux (1).

A l'hôpital Saint-Antoine, M. *Velpeau* a essayé deux fois la méthode inamovible: dans le premier cas, c'e-

(1) Tom 1er., n° 6.

tait pour une fracture comminutive et complète de la jambe. La gravité de cette lésion, et une défiance involontaire dans la réussite du traitement, engagèrent M. *Velpeau* à lever l'appareil au douzième jour ; mais il trouva le membre en si bon état, qu'il remit un nouveau bandage et le laissa en place jusqu'au cinquantième jour environ ; la guérison fut parfaite.

Il s'agissait, dans le second cas, d'une fracture simple mais complète de la jambe. Cette fois, l'appareil ne fut levé qu'à l'époque définitive de la consolidation, qui eut lieu vers le quarante-cinquième jour.

A l'hôpital de la Pitié, les essais de cette méthode n'ont pas été aussi heureux qu'à Beaujon et à Saint-Antoine. Il est fâcheux qu'on l'ait employée pour la première fois dans des cas de fractures graves, car il eût été plus rationnel de l'appliquer d'abord aux fractures simples, pour arriver progressivement aux plus compliquées. Nous ne doutons pas que de cette manière M. *Lisfranc* n'eût obtenu des résultats plus satisfaisans.

Et d'ailleurs, ces essais tentés à la Pitié, et dans quelques autres hôpitaux civils, ont-ils réellement été tout à fait conformes aux principes de M. *Larrey?* Les chirurgiens qui ont voulu l'employer ont eu ou de l'inquiétude, ou de la défiance, ou de la curiosité, à une époque plus ou moins éloignée de l'application de l'appareil, qu'ils ont ainsi levé prématurément; encore était-ce dans beaucoup de cas où aucun signe extérieur ne semblait en requérir la nécessité; et lors même que quelques accidens généraux ont pu se déclarer, on n'a pas manqué de les attribuer à la méthode elle seule. Bien vite alors on levait l'appareil, on en restait là de l'expérience, et on abandonnait les accidens au petit bonheur de l'appareil renouvelé. Mieux aurait valu peut-être les combattre par les moyens appropriés plutôt que de renoncer à un essai utile et de provoquer ainsi de fâcheux résultats, en gênant le travail de la nature; car les fractures ne sont-elles pas l'une des maladies chirurgicales pour lesquelles l'art a le moins de frais à faire ? — Si l'on s'imaginait encore que l'appareil inamovible n'agit que par une très-forte compression, et qu'alors on y apportât des effort démesurés, on déterminerait des accidens graves, tels que le sphacèle du membre.

Non, ce n'est donc pas par quelques essais infructueux que l'on aurait dû juger comme mauvaise, ou au moins comme insuffisante, une méthode consacrée par l'expérience et appuyée sur des masses de faits.

Je reviens aux observations.

Les chirurgiens anglais, si généralement habiles, sont cependant inférieurs aux français dans l'application des appareils de fractures. *Samuel Cooper* et *Hennen* (1) l'avouent eux-mêmes, en mettant de côté tout amour-propre national ; et M. le professeur *Roux* (2) l'a écrit en faisant le parrallèle des deux chirurgies. — Je me rappelle aussi avec quelle surprise quelques chirurgiens anglais ont vu, dans un de leurs hôpitaux, l'application de l'appareil inamovible par M. *Larrey*, et surtout avec quel intérêt ils lui ont annoncé ensuite qu'ils en avaient constaté les résultats. On lui a fait savoir que, depuis son voyage en Angleterre, sa méthode était suivie par plusieurs praticiens.

Il paraît que le professeur *Steven*, de New-York, emploie également dans une foule de cas l'appareil inamovible.

En Belgique, les appareils de fracture sont maintenus en place assez longtemps, et moins on les change, mieux ils agissent (1) ; c'est la remarque qui nous a été faite par M. *Seutin*, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Bruxelles et inspecteur du service de santé. M. *Larrey*, au retour de ce voyage eut occasion à Maubeuge d'employer sa méthode chez un cavalier qui venait de tomber de cheval en escortant les fils du roi. — Fracture comminutive du tiers moyen de la jambe avec plaie, et issue d'un fragment du tibia ; débridement, résection de la portion osseuse, saillante de dix ou douze lignes, extraction de plusieurs esquilles, réduction de la fracture, plaie réunie et pansée simplement, application de l'appareil inamovible, régime convenable, point d'accidens consécutifs ; levée de l'appareil au soixante-cinquième jour par MM. *Zink* et *Révillon* (2) ; consolidation de la fracture, cicatrice complète quelques jours après, et guérison avec léger raccourcissement.

Enfin, dans presque tous les pays où d'anciens élèves de M. *Larrey* se trouvent disséminés, ils suivent tout à fait ses principes pour le traitement des fractures ; en Morée, par exemple, et en Égypte ; M. *Chéduffaut*, établi au Caire, n'agit pas autrement. M. *Baudens*, chirurgien-major à Alger, est parvenu à généraliser ce procédé avec un succès complet ; il doit même publier prochainement plusieurs observations remarquables.

J'aurais pu accumuler des citations de ce genre, si j'avais eu le temps d'interroger en détail la pratique des principaux chirurgiens militaires, et celle même de quelques chirurgiens civils. Mais nous avons encore à passer en revue différentes méthodes étrangères le plus en rapport avec celle de M. *Larrey*.

Méthodes analogues à l'appareil inamovible.

La méthode inamovible ou permanente dans le traitement des fractures n'est certainement pas nouvelle dans le fond, quoique diversement modifiée dans la forme. Il paraît qu'elle était en usage chez les anciens peuples de l'Orient, et qu'elle s'y est conservée jusqu'à nos jours. Les Arabes, par exemple, n'ont pas d'autre but dans le traitement d'une fracture quelconque ; laisser le membre dans un repos parfait et maintenu con-

(1) principles of military surgery.

(2) Voyage en Angleterre.

(1) Des courroies à boucles remplacent les liens.

(2) L'un, chirurgien en chef de l'armée du Nord ; l'autre, chirurgien en chef de l'hopital.

venablement jusqu'au terme définitif de la consolidation.

J'ai appris d'un voyageur célèbre, M. *Amédée Jaubert*, que les chirurgiens persans ne changent presque jamais les appareils de fractures, une fois qu'ils les ont appliqués. On dit que l'un d'eux est venu s'établir à Constantinople, où il est fort en vogue.

Pouqueville (1) raconte que les Grecs se servent d'une espèce de mastic pour maintenir en permanence la réduction des fractures. C'est par la dessiccation de cette matière que les fragmens sont tenus en rapport jusqu'à leur parfaite consolidation.

La méthode des chirurgiens espagnols, qui leur a sans doute été transmise par les Maures, est à peu près semblable à celle de M. *Larrey;* les mêmes objections lui ont été adressées, mais on n'a pu récuser non plus la vérité des faits. Alors on a prétendu que ces succès étaient dus sans doute en grande partie à l'extrême sobriété des Espagnols (c'est au moins peu flatteur pour nos Français).

En Corse, on regarderait presque comme une hérésie chirurgicale de lever un appareil de fracture avant la consolidation entière.

J'ai appris qu'au Brésil on traite souvent les fractures par la permanence de l'appareil, qui se compose spécialement d'attelles très-solides et en même temps très-élastiques, faites avec une espèce particulière de roseau (*jaquar'ossù*).

Assalini de Milan (2), convaincu, d'après la pratique même du célèbre professeur *Pelletan*, des inconvéniens de panser souvent les fractures, y a renoncé; il blâme aussi les attelles, et leur substitue les fanons. Il préconise enfin les réfrigérans comme moyen préservatif des épanchemens, de la tuméfaction et des abcès, et compose principalement son appareil de carton mouillé, qui, en se desséchant ensuite, acquiert une grande solidité.

Longtemps avant M. *Larrey*, *Moscati* (3) avait imaginé l'emploi de l'étoupade et de l'appareil permanent, qu'il levait cependant deux ou trois fois jusqu'à l'époque de la consolidation parfaite des fractures graves.

Le célèbre *Dieffenbach* de Berlin se sert actuellement d'un appareil assez singulier pour les fractures de la jambe (4) : il moule le membre dans du plâtre, et le laisse en place pendant le temps nécessaire à sa consolidation; et quelle que soit la complication de la fracture, pourvu qu'elle paraisse susceptible de guérir sans amputation, elle n'est pas traitée autrement.

Un des chirurgiens distingués de la malheureuse armée polonaise, M. *Malez*, a employé, m'a-t-on dit, avec avantage un procédé analogue à celui du professeur *Dieffenbach*.

Le docteur *Sauter* de Constance a imaginé, et son compatriote M. *Mayer* (1) a perfectionné un appareil dont le principal but est l'immobilité des fragmens; mais la suspension du membre, qui est la base essentielle de cet appareil, constitue une méthode beaucoup trop différente de celle qui nous intéresse, pour que nous en parlions davantage; son utilité nous paraît d'ailleurs contre-balancée par des inconvéniens inévitables, le défaut de solidité, par exemple.

Enfin, M. le professeur *Fodéré* rapporte que dès la plus haute antiquité, du temps même d'*Hippocrate*, se rencontraient des hommes adonnés spécialement au traitement des fractures et des luxations; la plupart, il est vrai, médicastres sans aveu, qui en faisaient plutôt un vil métier qu'une profession honnête, et qui ne suppléaient à leur ignorance que par la forfanterie la plus déhontée. Ces artisans, appelés généralement *rebouteurs*, se sont succédé d'âge en âge, et de nos jours encore ils ne sont pas très-rares. Parcourez les Alpes, la Savoie, la Suisse, l'Alsace, les Vosges, et vous en trouverez plusieurs. Le plus grand tort de ces charlatans envers la médecine, ce n'est pas seulement le mal qu'ils font presque toujours, c'est même le bien qu'ils peuvent faire quelquefois : ainsi, au rapport de MM. *Percy* et *Fodéré*, il existe encore dans les Vosges une famille de rebouteurs appelée les *Valdajos*, qui, depuis plus de deux siècles, se sont transmis de père en fils le secret de traiter les fractures et les luxations. Mais, chose plus surprenante, c'est qu'ils obtiennent à peu près constamment des succès remarquables, et que leur modestie égale leur célébrité. Terminons cette note additionnelle à notre sujet par le seul fait qui doive nous intéresser, c'est que les *Valdajos* et quelques autres rebouteurs habiles, tels que les *Fleurot*, les *Jollans*, n'attribuent leur réussite dans le traitement des fractures qu'à la permanence de leurs appareils, qui se composent le plus ordinairement de feuilles et de bandes de carton mouillé ou d'attelles d'osier mastiquées avec de la poix de sapin brute. « Un bon rebouteur, renouer, bailleul, dit M. *Fo-* » *déré*, peut donc devenir, dans l'occasion, une chose » très-utile à rencontrer (2). »

Propositions sur les inconvéniens de l'appareil renouvelé.

Je pourrais terminer ici l'exposé complet de l'appareil inamovible dans le traitement des fractures; mais ses avantages seront peut-être mieux démontrés encore si nous essayons de faire ressortir les inconvéniens de l'appareil renouvelé. Nous traiterons cette dernière partie sous la forme de propositions, parce qu'elle ne se prête pas aussi bien à un ordre méthodique.

---

(1) Voyage en Grèce.

(2) Manuale di chirurgia del cavaliere *Assalini*, etc. Milano, 1812.

(3) Sur les fractures du col de l'humérus, par *Moscati* (Mémoires de l'Académie de chirurgie.)

(4) *De cruribus fractis gypso liquefacto curandis. Dissertatio*; *auct.* MUTTRAY. Berlin, 1831.

(1) Analyse par le docteur *Tavernier*. (Bulletin général de thérapeutique. Janvier 1832).

(1) Dictionnaire des sciences médicales, tom. 47, art. *Rebouteur*.

Il est vrai que par l'appareil renouvelé on peut évacuer le pus à volonté ; mais il est tout aussi vrai que, pendant une assez longue période, ce pus se reproduit avec d'autant plus d'abondance. Calculez, en effet, la quantité qui s'écoule à chaque pansement, et voyez de combien elle excède celle qui se trouve une fois pour toutes dans les pièces de l'appareil inamovible. La différence est si grande, que si je cherchais à l'évaluer, on me taxerait d'exagération.

L'abondance de la suppuration est la cause principale qui épuise les forces du blessé, surtout s'il est très-jeune ou avancé en âge, s'il a une constitution maladive et s'il est soumis à des influences fâcheuses. L'on sait que le moindre accident suffit quelquefois pour altérer un produit aussi variable que le pus; et cependant n'a-t-on pas pour but de conserver une bonne nature à la suppuration ? Dans l'intervalle de chaque pansement, il y a presque autant de pus en contact avec la peau qu'il y en a sous l'appareil inamovible pendant toute la durée de son application.

C'est bien plutôt par son action directe sur la plaie d'une fracture (comme sur toute autre, du reste) que l'air crispe les vaisseaux et en condense les sucs ; de là irritation, inflammation et suppuration plus abondante. Sir *Eevrard Home* a démontré que le pus n'a pas l'apparence purulente lorsqu'il est d'abord sécrété, mais qu'il l'acquiert d'autant plus qu'il est d'avantage exposé à l'air (1) Son influence n'est-elle pas plus fâcheuse encore lorsque, trop froid ou humide, ou bien chargé de quelques odeurs délétères, il vient frapper en plein sur la plaie autant de fois qu'il y a de pansemens ? Cet air agit sur les organes respiratoires du malade, et peut occasionner du trouble dans leurs fonctions ; aussi, pendant le pansement de ces fractures compliquées, l'on est souvent obligé de verser du chlore ou du vinaigre sur les pièces d'appareil et sur le lit, tant à cause des chirurgiens et des assistans que pour le blessé lui-même.

Plusieurs maladies peuvent devenir symptomatiques d'une suppuration trop abondante ; ainsi des phlegmasies cérébrales, pulmonaires ou gastro-intestinales. On a constaté, par un grand nombre de faits, que lorsque le canal digestif est atteint d'inflammation le résultat est ordinairement funeste. M. *J. Cloquet* a signalé à l'attention des praticiens une affection particulière, mais assez rare, qu'il appelle *scorbut local* (2) ; les symptômes n'ont cependant rien de différentiel avec le scorbut ; les causes sont toujours débilitantes ; les effets se portent directement sur la fracture qui éprouve dans sa consolidation ou difficulté variable ou obstacle absolu.

S'il règne quelque maladie épidémique, elle attaquera spécialement les blessés graves traités par la méthode des pansemens fréquens ; ceux par exemple qui sont atteints de fractures compliquées de plaies. C'est surtout dans les cas de gangrène d'hôpital que s'observent des terminaisons fatales. Récemment à Saint-Louis, presque toutes les fractures compliquées, aussi bien que les autres lésions profondes et les amputations, ont été envahies par la pourriture d'hôpital, qui a laissé peu de guérisons parmi les malheureux blessés des 5 et 6 juin.

Indépendamment des accidens que nous venons de retracer, combien sont difficiles les pansemens de fractures compliquées de plusieurs plaies, surtout si celles-ci sont opposées les unes aux autres, ou bien s'il s'agit seulement d'une plaie profonde à la partie postérieure de la cuisse. Nous avons perdu, au Val-de-Grâce, un militaire qui avait eu le tiers supérieur de la cuisse fracassé par un coup de feu, avec plaie antérieure et plaie postérieure. On espérait pourtant lui conserver le membre ; il fut donc placé dans l'appareil ordinaire. A chaque pansement, la suppuration était excessive ; il fallait quatre personnes pour soulever le blessé, panser la plaie postérieure et changer le bandage ; on pouvait à peine maintenir les fragmens en rapport, ils se déplaçaient sans cesse : cet homme est mort d'épuisement. Je ne prétends pas faire entendre qu'un cas aussi désespéré ait dû guérir par l'appareil inamovible ; mais au moins on aurait épargné bien des souffrances à cet infortuné et prolongé son existence (1).

L'épuisement ne résulte pas seulement de l'abondance de la suppuration, il résulte, dans beaucoup de cas, de la diète trop sévère ou prolongée, des saignées, et des médications intérieures, telles que les purgatifs, dont M. le professeur *Boyer* a signalé les abus dans les cas de ce genre ; ou bien, par le contraire, les écarts de régime pendant la suppuration abondante des pansemens renouvelés peuvent entraîner les plus fâcheuses conséquences, telles qu'une gastro-entérite intense, une diarrhée colliquative.

« Quand l'obturation prévient la suppuration, a dit M. le professeur *Dupuytren* (2), il n'y a pas de danger à craindre ; il y en a beaucoup, au contraire, quand l'obturation n'est pas assez longtemps maintenue ; car c'est ainsi qu'à la levée trop prompte et fréquente de l'appareil, on trouve souvent une vaste inflammation et un épanchement purulent ; quelquefois même le membre est frappé de sphacèle. »

En effet, la terminaison des fractures comminutives compliquées de plaies est souvent funeste par le seul fait des pansemens fréquens. J'ai vu, dans des cas de ce genre, une suppuration tellement abondante, qu'elle formait une espèce de bain autour de la fracture. Les chairs deviennent blafardes ; tous les symptômes d'une fièvre hectique apparaissent ; il n'y a plus même de chances d'amputation pour le malheureux dont l'énergie morale est abattue, et qui n'a pas seulement à re-

(1) Dissertation on the properties of pus.

(1) Cours de pathologie externe à l'École de Médecine.

(1) Plus de chances encore se seraient déclarées en sa faveur, si l'on avait eu recours, dès le principe, à la désarticulation de la cuisse. Ce fut l'opinion de MM *Lacretelle* et *Bégin*, l'autopsie cadavérique l'a confirmée.

(2) Leçons orales.

douter la perte d'un membre, mais la mort, qu'il devine dans tous les yeux, qu'il entrevoit autour de lui, qu'il comprend enfin comme terme inévitable de ses souffrances.

La communication directe de la plaie avec le foyer de la fracture entraîne beaucoup plus de dangers par l'effet des pansemens, que si cette communication n'existait pas.

Lorsque la fracture compliquée a lieu près d'une articulation, celle-ci s'irrite, s'enflamme et devient quelquefois le siége d'un épanchement de synovie, lequel peut avoir des suites graves. Est-ce par l'introduction de l'air? On est d'accord, dans tous les traités de chirurgie, sur les accidens qui peuvent en résulter pour les plaies compliquant les fractures, et cependant on s'y expose sans cesse dans les pansemens.

Il n'est pas rare qu'un foyer purulent se développe dans le voisinage de la fracture, comme M. *J. Cloquet* en particulier l'a reconnu à l'hôpital Saint-Louis.

Après l'application de l'appareil ordinaire pour une fracture sans complication primitive, n'arrive-t-il pas quelquefois qu'au deuxième ou au troisième pansement la tuméfaction s'empare du membre, sans qu'on puisse en expliquer autrement la cause?

L'habitude de laver les plaies autant de fois en relâche les bords, les ramollit, au lieu de les affermir, surtout si l'on emploie des liquides émolliens. M. *Gama* (1) s'est prononcé contre cette propreté mal entendue, qui dégrade le travail de la nature.

Les pansemens fréquens d'une fracture compliquée sont plus ou moins longs, douloureux, difficiles; ils obligent de comprimer directement sur le foyer de la fracture; de là contusion des parties molles. La compression seule des bords de la plaie pour faciliter l'écoulement du pus est très-pénible.

C'est souvent à l'époque (variable) où le membre a besoin de repos, que l'on s'inquiète davantage de ce qu'il éprouve ou de ce qui se passe dans le foyer de la fracture. On le sonde, on le lave, on l'injecte, on l'essuie, ou bien on essaie avec les doigts, des pinces ou d'autres instrumens, d'extraire des corps étrangers qui pourraient y séjourner sans inconvénient, ou même qui ne s'y trouvent pas toujours : aussi avec quelle anxiété le blessé attend l'heure du pansement! il en souffre d'avance. J'ai vu à l'hôpital militaire de Strasbourg un jeune soldat qui avait presque toujours un accès de fièvre pendant le pansement d'une fracture compliquée de plaie à la jambe.

Les pièces de l'appareil renouvelé se désunissent souvent d'elles-mêmes avec facilité; et d'ailleurs, dès que le bandage est défait volontairement, il ne comprime plus les muscles, il favorise au contraire leur contraction spasmodique, et par conséquent l'écartement des fragmens. Cette force de tiraillement est quelquefois excessive, quelque précautions que l'on prenne pour maintenir l'extension et la contre-extention : M. *Dupuytren* s'est plaint, devant nous, de ce grave inconvénient.

(1) Conférences du Val-de-Grâce.

Il peut se faire que le déplacemsnt et l'écartement des fragmens tiennent à d'autres causes qu'à la contraction spasmodique des muscles. Le chirurgien recommande sans doute de maintenir le membre dans l'immobilité la plus parfaite; mais est-il toujours facile de le faire, lorsqu'il s'agit de panser des fractures compliquées de plaie qui suppurent abondamment? La douleur qu'éprouvent les blessés, indocilité ou défaut d'intelligence de leur part, ou délire, l'inattention, le manque d'habitude ou la fatigue des aides, du chirurgien lui-même, la difficulté enfin de substituer convenablement l'appareil nouveau à celui que l'on retire, ne sont-ce pas là autant de causes secondaires de déplacement?

Si beaucoup de chirurgiens renouvellent fréquemment le pansement des fractures, d'après cette idée, que la réduction n'est pas toujours complète d'abord et doit être recommencée, combien de fois aussi la fracture, étant bien réduite dès le principe, ne se déplace-t-elle pas à l'un des pansemens consécutifs! Par exemple, il est arrivé qu'à la disparition du gonflement on a pris la dépression qui en résulte au niveau de la fracture pour l'affaissement de l'un des fragmens; de là des efforts de pression sur l'autre fragment, supposé plus élevé; d'où il résulte que l'on peut produire l'accident auquel on voulait remédier.

Non-seulement les mouvemens involontaires sont nuisibles à la consolidation, mais, à plus forte raison, les mouvemens exercés par quelques chirurgiens pour s'assurer si la réduction est exacte ou si la consolidation est commencée. C'est souvent ainsi qu'ils la détruisent, et ce tort a été signalé par des praticiens qui ne partagent pas les idées de M. *Larrey*, par M. *Boyer*, par exemple. Les mouvemens que l'on conseille aux blessés de faire vers l'époque des derniers pansemens suffisent quelquefois pour rompre le cal, comme l'a fait observer M. le professeur *Richerand* (1).

Enfin, admettons un instant que l'appareil renouvelé soit préférable à l'appareil inamovible pour les fractures compliquées, que doit-il en résulter dans certaines circonstances? Les gens de la campagne, par exemple, auxquels un pareil accident arrive, ne peuvent ou ne veulent pas toujours se faire transporter dans un hospice; ils appellent le chirurgien du canton, qui applique le premier appareil; divers motifs empêchent celui-ci de revenir fréquemment, ou même deux et une seule fois; ainsi, l'éloignement, la fatigue, une maladie ou d'autres raisons moins valables. Mais, par bonheur, les efforts de la nature remplacent ses visites, ils prennent la guérison sous leur responsabilité, et les malheureux se trouvent en effet guéris sans que le chirurgien soit venu, pour ainsi dire, à la poursuite d'accidens trop souvent imaginaires.

Voilà tout ce que j'avais à dire.

CONCLUSION.

C'est par la théorie que l'on a cherché à déprécier les

(1) Nosographie chirurgicale.

avantages de l'appareil inamovible : c'est donc par la théorie que nous avons dû les faire valoir. Celle-ci est au moins fondée sur une pratique longue et consciencieuse, et non sur des essais rares et incomplets ; je ne doute pas cependant qu'il n'y ait tout autant de bonne foi chez les partisans de l'une et de l'autre méthode, et je me garderai bien de recuser en aucune façon les succès de l'appareil renouvelé. J'en ai été très-souvent témoin dans les hôpitaux ; mais aussi j'ai vu des accidens, des insuccès, des nécessités d'amputation et des résultats funestes par cette méthode, tandis que je n'ai jamais observé de conséquences fâcheuses que l'on pût attribuer franchement à l'emploi de l'appareil inamovible.

Puissé-je, par le travail que je présente aujourd'hui, appeler l'attention chirurgicale sur une question qui nous semble aussi importante et contribuer, de mes faibles efforts, à modifier, sinon à changer complétement, la thérapeutique générale des fractures.

De l'appareil inamovible appliqué au traitement des fractures du col du fémur (1).

Un drap fanon ; deux fanons épais et assez résistans ; deux longs et larges coussins de remplissage ; un coussin pour talonnière ; un grand bandage à dix-huit chefs, et un bandage roulé pour le bas de la jambe ; la compresse pour étrier ; la compresse d'enveloppe, et des liens. Ajoutons à ces pièces ordinaires de l'appareil, des compresses immédiates, une compresse en sous-cuisse, et une ceinture faite avec une portion de drap ployé en double ou en triple. A tout cela enfin le mélange d'eau, de vinaigre camphré, d'extrait de saturne et de blancs d'œufs ; et nous n'aurons plus que l'application de l'appareil, à peu près semblable en tout à ce que nous avons dit pour les fractures de la jambe, sauf que le membre tout entier doit être enveloppé. Le fanon externe dépasse par son extrémité supérieure le niveau de la crête iliaque ; et ainsi rapproché du bassin, il y est solidement fixé par la ceinture, à laquelle s'attache également le sous-cuisse.

La difficulté constante étant de maintenir la réduction, il faut que l'intelligence et la force des aides assurent l'extension et la contre-extension, jusqu'à ce que le chirurgien ait presque terminé l'application de l'appareil.

Sabatier rapporte un fait d'après lequel on pourrait trouver une sorte d'analogie entre l'appareil qu'il mit en usage et l'appareil inamovible. « Ces symptômes, dit-il, me firent soupçonner une fracture sans déplacement au col du fémur, et m'engagèrent à enfermer le malade dans des fanons et à recommander qu'on ne le dérangeât pas de la situation où je l'avais mis. » Cette citation du reste n'a pas d'importance.

Il ne serait pas indispensable d'appliquer l'appareil inamovible dès les premiers jours, non-seulement à cause des accidens primitifs possibles, mais encore parce que la consolidation ne commence pas encore, et que l'on peut, sans inconvénient, placer provisoirement le membre dans la position simple. Il importe surtout que le gonflement primitif, quand il existe, soit complétement dissipé avant d'appliquer l'appareil. Le motif se conçoit aisément.

Il résulte de là aussi que la tendance au déplacement étant beaucoup moins fréquente et moins forte consécutivement l'appareil aurait d'autant plus de facilité à la combattre.

Rien n'empêche, comme le pratique M. Larrey, d'exercer de temps en temps sur l'appareil des tractions méthodiques, ce qui constituerait une sorte d'extension renouvelée, sans qu'il en résultât les mêmes inconvéniens.

On ne doit pas lever l'apparail avant le soixantième ou soixante-dixième jour ; à moins d'indications très-urgentes, et elles sont rares. M. Larrey établit à cet égard une règle pour les fractures du col du fémur : « L'appareil, dit-il, n'a besoin d'être renouvelé que quand le gonflement qui a pu exister d'abord s'est dissipé ; mais il faut éviter, autant que possible, de le renouveler après le vingtième jour, parce que c'est l'époque où le travail inflammatoire commence à opérer la soudure des os. »

A la levée de l'appareil, comme le membre éprouve un peu de raideur et de difficulté dans les mouvemens ; comme il est convenable de le laisser encore pendant quelques jours, je proposerais de substituer alors la position demi-fléchie à la position horizontale, afin de soulager le membre et de l'habituer aux flexions successives ; mais mon père préfère remplacer l'appareil par un simple bandage roulé, que deux fanons soutiennent encore dans la position horizontale.

Il faut faire marcher peu à peu les malades avec des béquilles, puis avec un béquillon, et les engager à porter le poids un peu plus du côté sain que de l'autre ; cette seule précaution prévient quelquefois un raccourcissement consécutif.

Les malades peuvent satisfaire à leurs besoins naturels en toute sécurité pour la fracture, et sans que l'appareil en soit dérangé ou endommagé.

Rien de plus facile que de les changer de lit ou de les placer sur une chaise longue.

Une fois que les accidens primitifs sont dissipés, les malades, parfaitement habitués à l'appareil, n'en éprouvent ni gêne ni douleur. Rien n'empêche de les considérer jusqu'à un certain point comme en dehors de toute condition morbide, et de leur permettre une alimentation substantielle. Je crois même que ce régime n'est pas à négliger, lorsqu'on a affaire à des vieillards maigres, et prédisposés à maigrir davantage ; car on a observé que chez eux la consolidation de la fracture du col du fémur s'opérait toujours lentement, et que quelquefois elle ne pouvait pas avoir lieu.

Le traitement des complications n'est nullement en-

(1) Cet article est extrait d'une autre thèse soutenue par M. Hypol. Larrey, au concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, le 28 août 1835, sur la question suivante : « *Quel est le meilleur traitement des fractures du col du fémur ?* »

travé, comme on pourrait le croire, par l'emploi de l'appareil inamovible.

Il n'a pas pour but essentiel d'alonger le membre, puisqu'au dire de quelques partisans de l'extension continue, cette méthode elle-même n'y parvient pas.

C'est à conserver au membre sa rectitude, c'est à maintenir les fragmens en contact et solidement réduits, que s'applique l'appareil inamovible.

Sa surface large, épaisse et solide, soutient le membre dans la rectitude, et l'empêche de se porter en dehors par son propre poids.

Puisque l'on convient généralement que les fractures du col du fémur sont facilement réduites, je crois que l'appareil inamovible agit sur les fragmens avec autant de solidité que bien des appareils d'extension continue.

Et une preuve que l'extension n'est pas aussi indispensable qu'on le pense, c'est qu'il suffit ordinairement des plus simples tractions sur le membre, aidées de la position horizontale et du repos, pour que la réduction de la fracture s'opère immédiatement, et pour que le membre reprenne sa longueur et sa direction naturelles. Or, si on seconde cette heureuse position par un appareil méthodiquement contentif, n'est-on pas fondé à croire qu'il n'est pas nécessaire de recourir à un autre appareil que celui dont nous parlons ?

Il me paraît convenir dans toutes les fractures sans tendance marquée au déplacement ; dans les fractures intracapsulaires, par exemple, reconnues ou supposées telles, il semble favoriser l'épaississement de la capsule fibreuse, disposée elle-même à s'accoler contre les fragmens, et à constituer ainsi assez exactement les parties les plus profondes de l'appareil contentif. Cette compression uniforme fortifie la capsule, et forme un obstacle plus fort aux causes de déplacement.

Favorisant ainsi le contact des fragmens, l'appareil inamovible doit, plus qu'un autre moyen peut-être, se prêter à la consolidation des fractures intracapsulaires, et fournir, à cet égard, un argument de plus à l'assertion de nos maîtres, contre l'incrédulité des chirurgiens d'outre-mer.

Je passe à d'autres propositions.

Suite presque inévitable de l'immobilité prolongée du membre, la fausse ankylôse n'est pas à redouter cependant, comme on serait porté à le croire par le fait de l'appareil inamovible. Des fomentations, des frictions sur toute l'étendue du membre, et au pourtour de l'articulation coxofémorale, des mouvemens graduels et un exercice modéré suffisent pour dissiper peu à peu la roideur et l'engourdissement.

Ce ne serait pas une raison toutefois de prolonger au delà du terme l'application de l'appareil. Il pourrait en résulter, si je puis m'exprimer ainsi, un excès de consolidation nuisible aux mouvemens du membre.

L'objection principale à laquelle je dois m'attendre, c'est que l'appareil paraissant agir uniquement sur le fragment inférieur, ne manquera pas de céder comme lui aux causes de déplacement. Je ne disconviens pas qu'il en serait ainsi peut-être, si cet appareil n'avait d'autre propriété que l'inamovibilité ; mais il est façonné de telle manière, que les causes de déplacement sont bien affaiblies ou même annulées par la résistance des différentes pièces du bandage. Cette solidité est telle, que, pour les fractures du col du fémur, elle me semble agir avec une sorte d'extension, en comprimant uniformément tous les points du membre, qui ne pourrait vaincre cette compression, lors même que les contractions les plus fortes seraient faites volontairement.

Doutant moi-même une fois de la puissance de l'appareil inamovible, dans le traitement des fractures du col du fémur, je voulus m'en assurer positivement. Un soldat de l'ex-garde, jeune et vigoureux, était tombé de cheval sur la hanche ; le col du fémur fut rompu, et il n'y avait pas à douter de la fracture. Mon père appliqua son appareil deux jours après ; et à peine était-il en place, que j'engageai le malade à essayer de contracter fortement la cuisse ; mais, malgré ses efforts, il ne put y parvenir, parce que, disait-il lui-même, le membre se trouvait tellement pris, qu'il ne pouvait plus bouger. Aucun accident ne survint, et la consolidation fut régulière, sauf un très-léger raccourcissement. J'avais agi peut-être imprudemment, j'en conviens ; mais cette imprudence a contribué à soutenir ma conviction en faveur de l'appareil inamovible.

Sous l'influence de cette méthode, la consolidation de la fracture se fera d'autant plus facilement selon certaines conditions que selon d'autres : plutôt, si le sujet est jeune, d'une bonne santé, peu irritable ; plutôt, si la fracture est simple et sans déplacement ; plutôt, si l'exploration propre à éclairer le diagnostic a été faite avec réserve ; plutôt, si la réduction a été opérée sans effort et sans secousse ; plutôt, si l'appareil, appliqué à temps, n'est pas renouvelé mal à propos ; plutôt enfin, si, après la formation du cal, on ne néglige aucun des soins nécessaires à la consolidation.

Puisque les appareils les plus puissans d'extension ne s'opposent pas toujours au raccourcissement, et puisque l'observation clinique nous a démontré que l'appareil inamovible pouvait le prévenir presque aussi sûrement, ne vaut-il pas mieux (le résultat sous ce rapport étant à peu près le même), ne vaut-il pas mieux corriger la claudication consécutive par une chaussure proportionnée au raccourcissement ? Qu'est-ce enfin qu'une conséquence aussi légère à considérer, en la comparant aux effets si souvent fâcheux que nous avons signalés ailleurs ?

« Ce léger inconvénient (la claudication) doit être compté pour rien, dit Sabatier (1), si l'on se rappelle que la fracture du col du fémur est quelquefois suivie de la mort des blessés, et qu'il y a des cas où elle ne se réunit point. »

Ludwig prétendait même que la claudication était un effet constant de la fracture du col du fémur ; et,

(1) Mémoires de l'Académie de chirurgie.

longtemps auparavant, cette opinion avait été soutenue par Fabrice de Hilden, Platner et d'autres. Mais elle n'est pas admissible comme opinion absolue, parce que des faits incontestables démontrent qu'il n'y a pas toujours raccourcissement. Desault de Boyer l'ont prouvé par la méthode d'extension ; Dupuytren, par la méthode demi-fléchie; M. Larrey enfin, par l'appareil inamovible.

Il est facile toujours, et en toute occasion, de se procurer les pièces nécessaires pour la confection de l'appareil, sans beaucoup de frais ni de recherches.

Une fois appliqué, il embrasse exactement le pied, la jambe, la cuisse et le bassin ; il en forme un tout continu, ferme et solide.

Le transport des blessés, si difficile dans maintes circonstances, ou impossible par les autres appareils de la fracture du col du fémur, constate dans ce cas, plus encore que dans les autres fractures, cet avantage de l'appareil inamovible ; car les difficultés de transport ne sont pas assez bien appréciées peut-être, et on a cependant imaginé à cet effet différentes machines, avant ou après celle que Lafaye a fait connaître dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie.

Il ne faut pas craindre que les mouvemens inévitables au transport soient préjudiciables à l'appareil inamovible, si on ne néglige pas les conditions indiquées en pareil cas, parce que ce sont des mouvemens de totalité qui ne peuvent déranger les fragmens.

L'appareil inamovible offrirait enfin une ressource de guérison, quand tout autre méthode ayant échoué ne serait plus applicable.

Que l'appareil se relâche, son effet sera détruit ; dès lors la tendance au déplacement est évidente, et le déplacement a lieu ; le raccourcissement s'ensuit immédiatement ; et si on n'y remédie à temps, la difformité pourra être considérable.

Voilà une objection qui me sera faite probablement.

Oui, je conviens qu'un aussi fâcheux résultat pourrait survenir, mais je me hâte d'ajouter qu'il ne surviendra point par la faute de l'appareil. C'est au chirurgien de l'appliquer avec les précautions, l'adresse et le temps nécessaires ; c'est à lui d'obvier d'abord aux complications primitives, de réduire très-exactement la fracture, et de faire maintenir la réduction pendant tout le temps que dure l'application des pièces du bandage ; c'est à lui ensuite de surveiller médicalement son malade, avant, pendant ou après la levée de l'appareil ; c'est à lui, enfin, de garantir la consolidation par des soins consécutifs bien dirigés.

Avec de telles précautions, je le répète, les chances de cette méthode nous paraissent toutes favorables au traitement de la fracture du col du fémur.

Une seule objection que je ferais peut-être moi-même à l'appareil inamovible, serait de ne pas fixer toujours assez invariablement le bassin sur la cuisse. Mais cette objection n'est pas spécialement applicable à ce mode de traitement ; elle s'adresse tout aussi justement aux procédés les plus compliqués, les plus mécaniques, pour ainsi dire, puisque Boyer en convient lui-même.

Quant aux objections qui peuvent être faites à l'appareil inamovible envisagé d'une manière générale, je ne crois pas devoir y répondre maintenant, parce que ni le temps, ni la spécialité de mon sujet ne me permettent de reproduire les argumens que j'ai soutenus ailleurs.

L'une des observations à laquelle M. Larrey attache le plus d'intérêt en faveur de sa méthode, se rapporte au lieutenant-général Fririon, aujourd'hui commandant des Invalides. Le général avait 55 ans lorsqu'il se cassa le col du fémur droit en 1819. La fracture constatée d'ailleurs par d'autres personnes de l'art, fut traitée par l'appareil inamovible sans le moindre accident consécutif. L'appareil fut levé provisoirement une seule fois vers le 16e jour; réappliqué aussitôt et levé definitivement au 75e jour. Le membre parfaitement intact dans toute son étendue avait conservé sa rectitude et sa conformation régulières, sauf un très-léger raccourcissement. Le général a marché successivement avec des béquilles, un béquillon, et une canne dont il ne se sert plus constamment ; son pas est ferme, assuré depuis longtemps, et la claudication insensible.

Je pourrais ajouter à cette observation celle d'un aumônier de l'ex-garde, âgé de 80 ans, qui fut guéri aussi heureusement après autant de jours de traitement qu'il comptait d'années d'existence.

Je pourrais aussi, comme exemple de fracture avec complication, citer un ancien officier supérieur de cavalerie (M. de Klenwood), qui s'était fracturé le cal du fémur et le coude du même côté, et qui dut sa guérison à un double appareil inamovible.

Il me serait facile enfin d'emprunter des faits à la clinique des Invalides; mais c'est assez, je crois, pour appuyer nos raisons en faveur de cette méthode de traitement.

Quelle est maintenant la conclusion ? la voici telle que je l'entends, sans la moindre prévention, telle enfin que je la soumets avec confiance aux juges de ce concours.

Si, d'une part, des moyens très-compliqués ne sont pas toujours parvenus à guérir les fractures du col du fémur ; si, d'autre part, des moyens fort simples et ordinairement incomplets ont suffi quelquefois à cette guérison ; si même elle peut avoir lieu dans certaines circonstances, lorsque la fracture est presque abandonnée à elle-même, n'est-il pas rationnel d'employer une méthode de traitement qui ne présente en réalité, ni les inconvéniens des moyens compliqués, ni l'insuffisance des moyens simples ?

Pour nous, du moins, la question ne serait plus douteuse, et en la considérant d'une manière générale, mais non pas exclusive, nous répondrions que *l'appareil inamovible nous semble le meilleur traitement des fractures du col du fémur.*

FIN.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

OCTOBRE 1836. (4e TRIMESTRE.)

HYGIÈNE PUBLIQUE.

—

De la nostalgie à bord des navires de guerre; par M. Justin Santi.

Parmi les maladies qui désolaient nos anciens équipages, et que l'hygiène navale mieux appliquée, a rendu moins fréquentes à bord des navires de l'État, il en est une, qu'on n'observe plus très-souvent, il est vrai, mais dont les conséquences sont terribles, et à laquelle succombe ordinairement le matelot qui en est atteint. C'est la nostalgie (mal du pays).

Les marins des classes y sont très-peu exposés : nés sur les bords de la mer, une voile leur a servi de berceau, les grèves ont été le théâtre de tous leurs jeux, et habitués dès leur bas âge, à contempler l'horizon immense qui se déroule devant leurs yeux, témoins des scènes imposantes que présente une mer courroucée, des désastres malheureusement trop nombreux qu'occasionnent les tempêtes ; leur âme a grandi à ce spectacle sublime et terrible à la fois ; d'ailleurs, leurs années d'enfant se sont passées à la pêche, sur les bateaux de leurs pères, et c'est là qu'ils se sont formés à ce rude métier de marin. La mer devient indispensable à leur existence ; rester longtemps à terre, c'est végéter, disent-ils, et ils appellent vivre, eux, se bercer dans un hamac, au roulis d'un navire, supporter les fatigues et les privations que l'isolement d'un vaisseau, au milieu de la mer, entraîne nécessairement, surtout lorsqu'un ouragan, une tempête viennent l'assaillir, et que les hommes qui le montent, obligés de lutter avec les élémens, voient sous leurs pieds une mort à laquelle ne pourront les arracher ni leurs efforts, ni leur courage.

Aussi, n'est-ce pas de ces marins que nous voulons parler ; quoiqu'on voie quelquefois des matelots de classe atteints de nostalgie, c'est qu'il existe alors chez eux des sentimens plus forts que l'amour de la mer, sentimens que quelques mois de navigation affaiblissent, s'ils ne les font pas oublier entièrement.

On pourrait citer plusieurs exemples de marins nostalgiques, parmi les hommes voués à cette profession dès leur enfance, mais parmi ces exemples même, on en voit beaucoup chez qui la nostalgie n'est qu'une conséquence d'une affection organique, tandis que le contraire a lieu chez les marins de conscription. C'est parmi ces derniers que l'on observe fréquemment la maladie dont nous parlons.

Obligés par le sort de faire un service de plusieurs années, ces conscrits se voient arrachés aux paisibles travaux de leurs campagnes, à leurs affections les plus douces, pour être jetés dans un monde tout nouveau pour eux, *un navire* (1).

Tant qu'on les laisserait à terre, ils ne verraient dans le corps de la marine, que des soldats sous un autre uniforme ; mais dès qu'on les embarque, ces jeunes hommes qui n'ont jamais vu la mer et les flots qui paraissent engloutir leur caserne flottante ; qui n'ont jamais éprouvé ce balancement occasionné par le tangage et le roulis, ces hommes seront émus à la vue des côtes qui disparaissent à leurs yeux. L'idée de ne plus revoir leur patrie, leur famille, leur fait verser des larmes de regrets ; et lorsque le navire, ses voiles amarrées, se penchera sur une de ses bandes, et leur fera sentir le mouvement que lui impriment les vagues, le mal de mer commencera à les tourmenter ; ce mal qui se manifeste par des tournemens de tête, des vertiges, des vomissemens et une faiblesse générale, ne sert qu'à entretenir, et souvent à augmenter les regrets et l'affaissement moral qui les tourmentent déjà.

Un train de vie monotone, un travail rude, surtout pour eux que le découragement, l'ennui et le mal de mer ont déjà affaiblis, leur font éprouver une émotion, une sensation pénibles, d'où dérive cette tristesse profonde, et cette langueur qui les accablent et les rendent bientôt malades. L'ennui nostalgique semble porter de préférence son action sur les viscères hypocondriaques. La nutrition s'altère, le malade dépérit ; le trouble nerveux d'abord concentré dans le cerveau, se fait sentir dans toutes les fonctions et amène de nombreux désordres. Les digestions sont désordonnées, il y a vomissement, anorexie, une anxiété pénible, et quelquefois on a remarqué le délire et des convulsions.

Il existe un sentiment de gêne vers le cœur, les spasmes de cet organe produisent des palpitations et des syncopes. La respiration est tantôt lente, tantôt précipitée, le plus souvent entrecoupée, et les mouve-

(1) Nous ne parlons pas ici des navires marchands, où tout l'équipage est formé de marins de profession, matelots par vocation.

mens d'inspiration ne se faisant, pour ainsi dire, qu'en plusieurs temps, sont suivis d'une longue expiration. Enfin, au milieu de ces troubles, la fièvre s'allume, et le malade succombe. Nous ne disons pas que tous les nostalgiques présentent les mêmes symptômes, il en est chez lesquels les moyens de distraction, quelques égards, et surtout l'amitié d'un bon camarade, peuvent produire un changement heureux, mais nous avons dû décrire la nostalgie en général; maintenant nous allons citer quelques faits.

Pendant la campagne que la frégate *la Médée* fit aux Antilles, en 1828, on a vu un jeune homme de 21 ans, atteint d'une gastro-entérite, qui se développa sourdement, et qui n'était due qu'à l'ennui nostalgique qui minait le malade depuis son départ de Brest. Pendant les croisières, on le déposa à l'hôpital du Fort-Royal, et cinq mois après, on le reprit pour retourner en France, il était réduit alors à l'état de marasme. Des soins empressés, des consolations et l'espoir de revenir au sein de sa famille, l'avaient ranimé un peu, sa gaîté commença à renaître; l'appétit revenait avec les forces, mais il succomba tout à coup, quelques jours avant l'arrivée en rade.

Nous avons vu nous-mêmes deux jeunes gens, nés dans l'intérieur du Haut-Languedoc, succomber à l'ennui nostalgique, le premier après trois mois de souffrances, et le second au bout de huit mois. On avait l'espoir de sauver celui-ci, lorsque quelques chansons chantées dans l'idiome de son pays, vinrent rappeler à son esprit tous ses souvenirs et ses regrets, et le plongèrent dans un état de langueur qui amena tous les désordres que nous avons signalés plus haut. Il en est même, chez lesquels la nostalgie a fait quelquefois développer le scorbut.

Bien d'autres exemples pourraient être cités, mais nous nous contenterons d'ajouter quelques mots sur le traitement et les causes de la nostalgie.

Le traitement de cette maladie doit être tout moral, car en essayant de combattre les ravages qu'elle exerce sur les organes, on ne peut se dissimuler que les ressources de la thérapeutique ne sont presque jamais d'aucune utilité.

Inspirer de la confiance au malade, l'obliger à force de soins et de bienveillance à épancher ses douleurs, lui prodiguer des consolations, le tromper même, s'il le faut, en lui donnant l'espoir d'un prochain retour, tel est le but que doit avoir le chirurgien de marine appelé à soigner des malades en proie au chagrin nostalgique. Il n'est malheureusement que trop vrai, que les conseils, les consolations, les soins de l'amitié ne peuvent réussir le plus souvent, auprès des individus livrés à cette affection. Cependant, si l'on obtient quelques succès, si le malade laisse l'espoir de le sauver, il faut le recommander alors à quelque camarade qui ait sa confiance, et qui l'amène insensiblement à partager ses travaux et ses plaisirs. Il faut tâcher de ne le laisser jamais seul, et lui éviter, dans les commencemens, le service si pénible à bord; il finira par s'habituer à la vie de marin, et peu à peu il remplira ses devoirs avec une douce résignation, souvent même avec gaîté.

Dans certaines circonstances, la seule chance qu'on ait de sauver le malade, c'est de le renvoyer du service maritime, ou bien de le laisser à terre : il suffit quelquefois pour le guérir, de provoquer au plutôt son retour.

Tels sont les moyens que l'on emploie généralement pour guérir les nostalgiques. Si l'on n'aperçoit aucune amélioration dans leur état, si toutes les distractions et les consolations que l'on peut trouver à bord d'un navire n'exercent aucune influence sur le malade, on le voit dépérir chaque jour de plus en plus, et nul doute qu'il succombera bientôt. —Une chose digne de remarque, c'est que les mêmes moyens produisent des effets différens, suivans les individus; ainsi on réussit à calmer l'ennui de quelques hommes en leur parlant de leur pays, en leur rappelant certains souvenirs, tandis que chez d'autres, ce moyen ne sert qu'à aggraver leur mal.

Dans l'étimologie du mot nostalgie, on trouve la cause première et ordinaire de la maladie; il en est d'autres qui peuvent lui donner naissance, ou du moins qui peuvent hâter son développement : la crainte du danger, la fatigue d'un travail rude et prolongé, les mauvais traitemens dans les premiers temps de service. Il serait à désirer qu'on adoucît les réglemens de bord, et qu'on en bannît le châtiment le plus pénible pour un homme, *les coups;* car cette manière de punir un matelot, l'irrite au lieu de le corriger, et souvent elle est la cause d'une tristesse concentrée, qui le fait travailler avec dégoût, si elle ne le rend pas malade.

En 1830, lors de l'expédition d'Alger, à bord de la corvette de charge *le Finistère*, on commanda de hisser les bonnettes basses et les bonnettes de hunne : chacun est bientôt à son poste; le sifflet du contre-maître se fait entendre, et les *bout-dehors* durent s'allonger aux extrémités de la vergue. Le gabier de babord n'ayant pas exécuté sa manœuvre au même instant que le gabier de tribord, fut puni de vingt-cinq coups de corde. Ce matelot fut tellement impressionné de ce châtiment, qu'il regretta plus que jamais son port marchand, son brick du commerce et ses affections de famille : il ne travaillait plus qu'avec dégoût, et il ne fallut rien moins que les soins assidus et les consolations du chirurgien-major, pour le ramener à son état normal. Un fait semblable eut lieu à bord d'une frégate faisant le voyage autour du monde; mais cette fois, les suites furent plus funestes, car le matelot tomba dans un état de langueur, qui ne lui permit pas de continuer son service, et le retint longtemps sur le cadre.

Chez les marins de conscription, ces punitions ont plus d'influence, et ils résistent rarement à la douleur de se voir injurier et frapper. Aussi, la nostalgie se développe-t-elle d'une manière plus rapide si, à l'ennui qu'éprouvent déjà ces matelots, vient se joindre la cause secondaire dont nous parlons.

Du reste, lorsqu'on fait une levée de marins sur nos côtes, ils se rendent à regret et le plus tard possible au lieu de leur destination, et on peu attribuer cette répugnance, surtout chez les méridionaux, à la crainte de ces châtimens en usage à bord des navires de l'État,

châtimens qu'on fera disparaître peu à peu des réglemens de bord, et qui effraient d'autant plus le conscrit marin, qu'il n'est pas habitué encore au rude métier de la mer.

On a déjà tant fait pour améliorer la condition de nos marins, que nous ne pouvons croire qu'on s'arrête là. On cherchéra sans doute à adoucir de plus en plus le sort de ces hommes, qui, tous les jours, sont obligés de disputer leur vie aux élémens, et qui, pendant 40 ans d'une vie laborieuse, sont soumis à l'appel de la patrie (1).

Rapport sur les inconvéniens qui peuvent résulter de l'emploi du cuivre dans la construction des cheminées, adressé à M. le baron Méchin, préfet du département du nord; par M. Kuhlmann.

Janvier, 1836.

Monsieur le préfet,

Une plainte vous a été adressée le 13 juillet dernier par le sieur Dhont, maître-charron à Roubaix, à l'occasion des inconvéniens qui résultaient pour lui du voisinage de son habitation, d'une cheminée surhaussée par un large tuyau en cuivre. A plusieurs reprises, le plaignant avait remarqué qu'il était tombé du haut de sa propre cheminée, s'ouvrant au-dehors, à côté du tuyau de cuivre en question, de la suie, qui par son contact avec les alimens qu'il faisait préparer, leur communiquait une teinte verte et un goût désagréable, ce qui lui avait fait présumer la présence d'une certaine quantité de vert-de-gris dans cette suie. L'attention de l'administration devait être d'autant plus vivement excitée par ces plaintes, que les mêmes circonstances pouvaient se présenter ailleurs; les faits dénoncés étaient surtout d'une grande gravité à Roubaix, où il existe un grand nombre de cheminées en cuivre, et où faute d'eau de puits en quantité suffisante, on fait un usage assez général des eaux pluviales tombées sur les toits des habitations, et recueillies dans des citernes.

Dans cette circonstance, vous avez jugé convenable, monsieur le préfet, de prendre l'avis du conseil central de salubrité du département, qui délégua un de ses membres pour s'assurer sur les lieux, de la réalité des faits signalés. Le rapport de ce conseil adopté dans sa séance du 3 août dernier, vous fit reconnaître que les plaintes du sieur Dhont étaient fondées, et que des dangers réels pouvaient résulter de l'usage des cheminées en cuivre.

Par suite de ce rapport, vous avez cru nécessaire de signaler cet objet à l'attention de M. le ministre du commerce, en le priant de vouloir bien provoquer une ordonnance royale pour interdire l'emploi du cuivre dans la construction des cheminées. M. le Ministre ayant désiré que les faits dénoncés fussent l'objet d'une nouvelle vérification, vous avez nommé une commission spéciale à l'effet de s'assurer :

1° Si, sur les toits des maisons voisines des cheminées surmontées de tuyaux de cuivre, on trouve réellement des traces d'oxide de cuivre.

2° Si les eaux recueillies sur ces sortes de toits en renferment des quantités sensibles, et si on en trouve au fond des citernes où ces eaux sont recueillies.

Cette commission, qui m'a chargé d'être son organe auprès de vous, s'est acquittée de sa mission avec toute l'attention que mérite une question qui touche de si près à la santé publique (1).

Pour être à même de répondre aux questions que vous lui avez posées, elle a cru nécessaire d'examiner quelles dispositions locales résultaient de la construction de la cheminée, qui avait provoqué les plaintes du sieur Dhont afin de s'assurer si quelque cause particulière n'avait pas pu influer sur les résultats signalés. Aux questions que vous aviez posées, venaient s'en joindre d'autres en grand nombre, et qu'il était utile de résoudre. En effet comment comprendre que de l'oxide ou du carbonate de cuivre aient pu être entraînés en assez grande quantité à travers un tuyau de cuivre, pour qu'en retombant dans une cheminée voisine, ils aient pu occasionner les inconvéniens dont s'était plaint le sieur Dhont? Cet oxide était-il produit dans l'intérieur de la cheminée de cuivre? où s'était-il détaché de sa surface extérieure par les dilatations et contractions successives du métal? où enfin n'existait-il pas dans la cheminée du plaignant lui-même, une cause qui pouvait expliquer les résultats observés?

Le premier soin de la commission a été de s'assurer sur les lieux des situations respectives de la cheminée du sieur Dhont et de celle surmontée d'un tuyau en cuivre, appartenant au sieur Degrandel, filateur.

Les deux cheminées dont il s'agit sont accolées l'une à l'autre, et séparées par un mur mitoyen; elles débouchaient à une hauteur égale d'environ 1 mètre 30 centimètres au-dessus du toit, ne présentant entre elles qu'une maçonnerie d'une demi-brique, lorsque le sieur Degrandel, tant pour obtenir dans ses foyers un tirage suffisant, que pour se soumettre aux conditions imposées par l'administration à la mise en activité d'une machine à vapeur nécessaire à son usine, a surhaussé le conduit de cheminée qui lui appartenait, par un tuyau de cuivre d'environ 8 mètres de hauteur.

En examinant les cendres et la suie tombées de la cheminée du sieur Dhont, il ne fut pas difficile d'y reconnaître la présence d'un sel de cuivre soluble, en assez grande quantité pour colorer l'eau avec laquelle on le mettait en contact. Cette suie exposée à l'air humide, présentait des parties distinctes colorées en vert. Cette matière pouvait être tombée dans la cheminée du sieur Dhont, entraînée par le courant établi dans la cheminée

(1) Voyez, pour tout ce qui concerne l'hygiène des marins, l'excellent ouvrage de M. C. Forget, *Médecine navale*, Paris, 1832, 2 vol. in-8.

(1) Cette commission était composée de MM. Delezenne, Bailly et Kuhlmann, rapporteur.

voisine, et précipitée par sa pesanteur, comme elle pouvait être le résultat d'une altération extérieure du tuyau de cuivre. Pour fixer nos idées sur ce point, nous avons examiné le couronnement de la cheminée en maçonnerie; aucune trace apparente d'oxide de cuivre n'a pu être aperçue sur la maçonnerie; le tuyau de cuivre n'était que très-peu altéré par oxidation ; aucune écaille d'oxide ne s'en était détachée ; mais il était facile de reconnaître à la vue que, par les joints des feuilles de cuivre, il s'était écoulé au dehors une matière liquide, qui s'était desséchée avant d'arriver au bas du tuyau, et y avait laissé des traces d'un vert foncé. Jusque alors aucune circonstance n'avait pu servir à expliquer comment la suie de la cheminée du sieur Dhont pouvait être chargée d'une si grande quantité de sel de cuivre. Nos idees se fixèrent à cet égard, lorsque après avoir fait démolir une partie de la cheminée du sieur Dhont, nous parvînmes à nous assurer de quelle manière le tuyau de cuivre du sieur Degrandel avait été fixé dans la maçonnerie; nous nous assurâmes que ce tuyau de cuivre, d'un diamètre plus grand que n'était l'ouverture de la cheminée du sieur Degrandel, dépassait les bords de cette dernière, de manière à s'ouvrir en partie à sa base, dans l'intérieur de la cheminée du sieur Dhont. Il existait une communication de la largeur de deux doigts entre les deux cheminées ; en portant la main dans cette ouverture, il en sortit une grande quantité de suie mêlée de cendres blanches ; l'intérieur du tuyau de cuivre était tapissé d'une croûte friable poreuse, et formée d'une infinité de paillettes brillantes blanches qui, examinées à la loupe, dénotaient une cristallisation régulière. Cette cendre et ces croûtes cristallines, exposées à l'air, se coloraient en bleu ; les cristaux se dissolvaient entièrement dans l'eau, et donnaient une dissolution d'un bleu d'azur.

Les résultats analytiques les plus décisifs ont permis de constater que ces cristaux consistaient en sulfate de cuivre anhydre.

Conduits ainsi à une explication toute satisfaisante des inconvéniens observés par le sieur Dhont, il nous restait à examiner sous le rapport théorique, la production assez extraordinaire d'une grande quantité de sulfate de cuivre anhydre dans un tuyau de cuivre servant de cheminée. Après nous être assurés que ce résultat ne pouvait être attribué à aucune circonstance particulière du travail de fabrication du sieur Degrandel, nous avons dû en rechercher la cause dans l'emploi de la houille, comme combustible. Voici comment ce phénomène nous semble devoir être envisagé.

La houille contient des quantités variables de pyrites (bisulfure de fer) ; ce produit, à une température élevée, se transforme en monosulfure en abandonnant la moitié de son soufre. Par une alimentation bien conduite des foyers, ce soufre se brûle et passe à l'état d'acide sulfureux ; mais au moment du chargement, si le foyer reçoit une grande quantité de combustibles à la fois, la quantité d'oxigène qui passe par la grille est insuffisante, ou la température s'abaisse trop pour permettre l'inflammation des gaz et une partie du soufre s'échappe à l'état d'hydrogène sulfuré, ou de soufre en vapeur. Cet hydrogène sulfuré ou ce soufre en vapeur, en passant par le tuyau de cuivre, convertit une partie de ce métal en sulfure. La transformation du sulfure de cuivre en sulfate s'explique facilement par l'influence de l'air, qui pendant la nuit, passe à travers la cheminée ; cette transformation présente toutefois cela de remarquable, que le sulfate produit affecte l'état cristallin (1).

Après avoir constaté la présence du sulfate de cuivre en grande quantité dans l'intérieur du tuyau de cuivre, nous avons cherché à nous assurer si une partie de ce sel pouvait être entraînée au dehors par le courant. Ces recherches ont pu avoir lieu dans le domicile même du sieur Dhont. Nous n'avons remarqué aucune trace extérieure bleue ou verte sur le massif de maçonnerie qui avait reçu le tuyau de cuivre, ni sur le toit dans les parties avoisinant la cheminée. Notre visite ayant eu lieu peu de temps après une pluie assez abondante, il était permis de présumer que le sulfate de cuivre qui aurait pu s'échapper, avait été entraîné à l'état de dissolution dans une citerne établie dans la cour. L'analyse de l'eau de cette citerne nous a confirmés dans cette opinion. Les réactifs n'ont aucune action directe et immédiate sur cette eau, mais le produit de l'évaporation d'un litre de ce liquide, nous a permis de nous assurer de l'existence du sulfate de cuivre, dont nous ne pouvons toutefois évaluer la quantité au-delà d'un cent millième, quantité qui nous a paru insuffisante pour pouvoir, par l'emploi de cette eau aux usages domestiques, occasionner le moindre danger. Mais le fait que nous signalons n'en est pas moins grave ; car il est à remarquer que la citerne du sieur D'hont, contenant environ 120 hectolitres, renfermait environ 120 grammes de sulfate de cuivre, et que si, au lieu d'être d'une si grande capacité, cette citerne avait été construite sur une plus petite échelle, elle aurait pu contenir les 120 grammes de sulfate dans une quantité de liquide, telle que le sel vénéneux eût pu avoir une influence funeste sur la santé des personnes qui auraient fait usage de cette eau. Ce résultat aurait lieu inévitablement dans la saison où les eaux pluviales sont rares, et pour le cas aussi où la citerne eût été disposée de manière à ne recevoir que les premières eaux pluviales, à raison de sa faible capacité.

Des taches vertes observées sur des pièces de bois placées dans la cour du sieur Dhont, et qui étaient dues au dépôt d'une certaine quantité de sel de cuivre, mêlé à du noir de fumée, ainsi qu'il a été constaté par les réactifs, nous ont donné une nouvelle preuve de l'é-

---

(1) Je n'ai encore observé le sulfate de cuivre anhydre à l'état de cristaux que dans les ateliers destinés à l'affinage des matières d'or et d'argent, où se sulfate est obtenu comme résidu ; il se dépose à l'état de cristaux blancs ou légèrement colorés en jaune, pendant le refroidissement des dissolutions de ce sel dans une grande quantité d'acide sulfurique concentrée. (*Note du rapport.*)

mission par la cheminée d'une certaine quantité de sulfate de cuivre, entraînée par le courant. Après avoir constaté ces faits dans le domicile du sieur Dhont, nous avons examiné la cendre déposée au pied de la cheminée du sieur Degrandel. Cette cendre était fortement chargée de sulfate de cuivre. Des essais chimiques ont eu lieu encore sur les cendres des cheminées surhaussées en cuivre du sieur Madaud, rue Neuve, à Roubaix, du sieur Delerue, aîné, rue du Galon d'Eau, dans la même ville, du sieur Adolphe Yon, rue du Maire, et du sieur Le Sellier, rue des Bouchers, tous deux à Lille; dans toutes nous avons reconnu le sel de cuivre en assez grande quantité pour colorer l'eau en un beau bleu par le seul contact; partout le cuivre était à l'état de sulfate.

Nous avons soumis aussi à des essais de l'eau recueillie chez le sieur Dupuis-Demay, le plus proche voisin du sieur Delerue, et dont le toit est situé sous la cheminée de la machine à vapeur de ce dernier. Cette eau avait été recueillie dans un tonneau; elle était chargée d'une plus grande quantité de sulfate de cuivre que celle puisée dans la citerne du sieur Dhont.

L'examen chimique de l'eau d'une citerne recevant les eaux pluviales des toits voisins de la cheminée du sieur Madaud, à Roubaix, ne nous a pas fourni de caractère suffisamment positif de la présence du cuivre. Aucune trace de sel de cuivre n'a été reconnue dans l'eau d'une citerne appartenant à madame veuve Prouvost, dont la maison est séparée de celle du sieur Degrandel par l'habitation du sieur Dhont, et dont le toit est plus élevé. Ce dernier essai a été fait dans le but de nous assurer si, par le courant établi dans les cheminées en cuivre, le sulfate pouvait être entraîné à une distance considérable de la cheminée où il s'était produit.

Là, s'est terminé, monsieur le préfet, l'examen de la question qui nous était soumise; nous eussions pu répéter nos essais sur les quatorze cheminées en cuivre qui ont été établies à Roubaix; mais nous avons pensé inutile de pousser plus loin nos investigations, et de retarder encore par de plus nombreuses analyses chimiques l'envoi de notre rapport.

Pour terminer notre mission, il nous reste à répondre catégoriquement aux diverses questions qui nous ont été posées dans votre lettre du 20 octobre dernier. Voici les conclusions auxquelles nous avons été conduits par nos recherches :

« Les cheminées de cuivre éprouvent par leur usage, lorsqu'elles servent à accélérer le tirage des foyers alimentés par la houille, une prompte altération; il s'y développe contre les parois intérieures, une croûte de sulfure de cuivre, qui passe à l'état de sulfate anhydre, et qui, dans cet état, est facilement entraîné au dehors par le courant, et retombe sur les toits environnans. Les eaux pluviales dissolvent ce sel, et le conservent en dissolution dans les citernes destinées à les recevoir. Les eaux de ces citernes peuvent contenir des quantités variables de sulfate de cuivre, suivant l'exposition des toits dont l'écoulement les alimente, la direction du vent, et surtout aussi suivant la capacité des citernes. Le sel de cuivre entraîné dans les citernes étant dissous, aucune partie de ce sel ne se dépose de préférence au fond. »

Nous pensons, monsieur le préfet, qu'à cet exposé devait se borner le mandat que vous nous avez confié; nous désirons avoir satisfait aux termes et à l'intention de votre lettre du 28 octobre dernier, dictée par votre grande sollicitude pour la salubrité publique, placée sous votre tutelle.

MÉDECINE LÉGALE.

Mémoire médico-légal sur l'infanticide. Examen de cette question : Pendant combien de temps un enfant doit-il être considéré comme enfant nouveau-né? par le docteur Ollivier (d'*Angers*), membre de l'Académie royale de Médecine, etc.

Il n'est aucune question dans l'histoire de la médecine légale qui ait été l'objet d'un plus grand nombre de recherches et d'expériences, que celle qui a rapport à l'infanticide; et, quand on considère tous les élémens qui peuvent concourir à sa solution, on n'est plus étonné de la multiplicité des travaux publiés sur ce sujet. En effet, toutes les questions relatives à la grossesse, à l'accouchement, à l'avortement, aux blessures, à la putréfaction, s'y rattachent plus ou moins directement; le médecin-légiste a besoin de s'éclairer des lumières que fournissent l'embryogénie, l'anatomie normale et anormale du fœtus, et l'étude des maladies qui se développent pendant la vie intra-utérine : enfin, toutes les conditions qui influent sur la viabilité de l'enfant, tels sont les points nombreux qui réclament ici un examen approfondi.

Comme on le voit, la question de l'infanticide est très-complexe : de là, les difficultés dont elle est souvent entourée, de là aussi ce concours de recherches entreprises dans le but de dissiper toutes les causes d'obscurités, inhérentes au sujet lui-même ou dépendantes des circonstances variées dans lesquelles le crime peut être commis.

La fréquence de l'infanticide n'a pas été non plus sans influence sur la multiplicité des travaux acquis aujourd'hui à la science; nul doute que ces exemples réitérés du même fait ont conduit à en faire étudier avec plus de soin les moindres détails. Cependant il est une question première qui reste encore à résoudre; il faut ici une définition précise de laquelle dépend l'application juste de la loi, définition que le législateur n'a pas donnée, et dont l'absence, dans le code qui nous régit, a été plus d'une d'une fois la source d'interprétations erronées. Eh! bien, aucun auteur, que je sache, ne s'est attaché jusqu'ici à donner cette définition précise, qui seule doit fixer la qualification du crime d'infanticide, qui conséquemment, peut seule décider du degré de pénalité que la loi inflige au coupable; en un mot, per-

sonne n'a cherché à résoudre cette question première : *Pendant combien de temps un enfant doit-il être considéré comme enfant* nouveau-né?

C'est cette lacune dans l'histoire de l'infanticide que je viens signaler, et que le médecin-légiste est appelé à remplir, car c'est à lui qu'il appartient de poser les limites dans lesquelles on doit restreindre l'acception du mot *nouveau-né*. Ainsi se trouve justifiée cette partie de la définition de la médecine légale, qui indique toute la part que cette science peut avoir non-seulement dans l'interprétation, mais encore dans la composition de certaines lois.

La solution de cette question étant particulièrement nécessaire aux magistrats chargés de l'administration de la justice criminelle, on comprend que ce soient eux surtout qui aient été frappés du vague de cette expression (nouveau-né), et qu'ils aient senti le besoin d'en voir fixer la définition. Ce sont, en effet, les observations qui m'ont été adressées à ce sujet par un magistrat fort éclairé, appelé depuis longtemps à la présidence des cours d'assises (1), qui m'ont engagé à étudier cette question, et à émettre mon opinion sur la manière dont elle peut peut être résolue.

Une interprétation semblable ne doit pas être basée sur des considérations susceptibles de fournir matière à discussion. ou appuyée sur quelques points de doctrine : ici, l'autorité d'un nom qui dominerait dans la science, ne peut être invoquée. La question doit trouver sa réponse dans le fait lui-même que le médecin est appelé à examiner ; mais il faut que cette réponse y soit écrite en caractères qu'on ne puisse méconnaître, qui parlent aux yeux du vulgaire lui-même, et qui se rattachent, s'il est possible, à quelque circonstance matérielle dont l'existence *constante*, soit indépendante de toute opinion scientifique. C'est avec des élémens de cette nature que je comprends qu'une solution aussi importante doive être donnée. Je ne puis mieux en faire sentir à la fois toute la nécesssité et la gravité qu'en résumant d'abord les remarques très-judicieuses qui m'ont été communiquées.

La question de savoir si un enfant doit être considéré ou non comme *nouveau-né*, est d'abord celle qu'il s'agit de résoudre en matière d'infanticide; car de sa solution peut dépendre la vie d'un accusé, la peine capitale étant applicable à quiconque est déclaré coupable du meurtre d'un enfant *nouveau-né*, tandis qu'une peine moindre, celle des travaux forcés à perpétuité, est prononcée contre l'auteur du meurtre *de tout autre individu qu'un enfant nouveau-né!* En effet, l'art. 300 du Code pénal, qualifie infanticide, le meurtre d'un enfant *nouveau-né*, et l'article 302 du même Code prononce la peine de mort contre tout coupable d'infanticide, sauf le cas où le jury déclare qu'il existe des circonstances atténuantes en faveur de l'accusé ; mais ce cas est *exceptionnel*, et ne change rien à la question (Art. 463 du Code pénal.)

L'article 304 du même Code, punit de la peine des travaux forcés à perpétuité, seulement, l'auteur du meurtre simple, c'est-à-dire, qui est dégagé des circonstances aggravantes énumérées dans ce même article 304, et qui sont : d'être précédé, accompagné ou suivi d'un autre crime, ou d'avoir pour objet, de préparer, faciliter ou exécuter un délit, soit de favoriser la fuite ou d'assurer l'impunité des auteurs ou complices de ce délit.

On voit d'après la teneur de ces différens articles, combien il importe qu'on exprime d'une manière précise ce qu'on doit entendre par *nouveau-né*. Des criminalistes est des médecins-legistes, interrogés sur cette question, ont jusqu'à présent émis des opinions très-différentes, et basées sur des raisons très-diverses. Les premiers ont pensé que le meurtre d'un enfant ne pouvait être qualifié *infanticide*, qu'autant que cet enfant *venait de naître*, admettant ainsi la définition de la plupart des Lexiques, qui n'est que la traduction grammaticale du mot *nouveau-né*. Il paraît que c'est aussi celle qu'adopte M. Marcel de Serres, auteur du *Manuel des cours d'assises;* il discute bien la question qui nous occupe (t. III, p. 365), mais il ne dit pas si l'enfant qui a *trois heures* d'existence, par exemple, est considéré comme *venant de naître*. Comment qualifiera-t-on celui dont une femme est accouchée depuis *six heures, douze heures, ou plus?* et ; en effet, d'autres jurisconsultes pensent qu'il faut regarder comme *venant de naître* l'enfant qui n'est-âgé que de *vingt-quatre heures*, de *trente-six heures;* suivant d'autres, l'enfant doit être considéré comme *nouveau-né* pendant *trois jours*, parce que la loi (Code civil, article 55) fixe ce délai pour faire à la marie la déclaration de la naissance de l'enfant. Mais si cette loi venant (comme bien d'autres) à être modifiée, accordait un délai d'un, deux ou trois ans, l'enfant âgé de trois ans moins un jour, serait donc encore un enfant *nouveau-né?* interprétation tout à fait inadmissible. M. Marcel de Serres paraît penser que la médecine ne peut fournir aucun document propre à décider la question, attendu les qualifications données à certaines maladies, qualifications admises généralement, et consacrées dans la science ; ainsi, dit-il, les médecins désignent sous le nom d'*ictère du nouveau-né* une affection *qui dure plus d'une semaine* après la naissance (*loc. cit.*, t. III, p. 366) ; d'où il suit que, selon cet auteur, un enfant de *sept jours* ne serait plus un enfant *nouveau-né*.

Ces observations suffisent pour démontrer toute la divergence d'opinion des criminalistes sur l'interprétation légale du mot *nouveau-né*. Voyons ce qu'en pensent les auteurs qui ont écrit sur la médecine légale. Aucun d'eux, que je sache, ne s'est même occupé de cette question, quoique plusieurs aient fait remarquer le vague de l'expression *nouveau-né*, en définissant le mot infanticide, et en en bornant l'application au meurtre d'un enfant *né-vivant ou prêt à naître* (1), *ou qui vient*

(1) M. Naurays-Ladavière, conseiller à la cour royale d'Angers.

(1) Mahon, *Encyclopédie méthodique* art. *infanticide*.

de naître (1). Chaussier avait-il en vue quelques-unes des conséquences qui peuvent résulter de l'insuffisance de ces définitions, quand, dans le but de prévenir les inhumations clandestines d'enfans nouvellement nés, il proposait (2) qu'on arrêtât comme mesures générales dans les municipalités, qu'il n'y aurait aucuns frais d'inhumation pour les enfans qui naîtraient morts, ou *qui périraient dans la huitaine après l'accouchement?* Après avoir fait remarquer, comme Chaussier, que le mot *infanticide* signifie meurtre d'un enfant, *quel que soit son âge*, M. Orfila en restreint l'acception médico-légale à la désignation du meurtre d'un enfant nouveau-né: à ce sujet, il fait observer très-judicieusement que le Code pénal ne mentionne pas le meurtre d'un *enfant naissant*, quoique évidemment on doive encourir la même peine que lorsqu'on tue un enfant qui vient de naître (3). Là se bornent ses réflexions sur le texte de l'article 300 du Code pénal.

M. Marc, également frappé du sens trop général du mot *infanticide*, qui s'étendrait ainsi à tous les cas d'homicide, veut qu'on ne qualifie de la sorte que le meurtre d'*un fœtus viable;* meurtre commis immédiatement *ou peu de temps après l'enfantement* (4). Enfin, M. Devergie (5) signale aussi le peu de précision du texte de l'article 300 du Code pénal, et il demande : « Qu'est-ce que le législateur a entendu par l'expres- » sion *nouveau-né?* Est-ce l'enfant né depuis *une* » *heure, un jour, un ou plusieurs mois?* » Pour répondre à cette question, il se borne à citer un arrêt de la Cour suprême de Bruxelles portant qu'un enfant né depuis *quatorze jours*, ne doit plus être considéré comme enfant nouveau-né. Je rapporterai tout à l'heure le texte de cet arrêt.

Certes, cette détermination est préférable à l'incertitude des définitions données jusqu'ici. Mais sur quelle base la Cour suprême de Bruxelles s'est-elle appuyée pour fixer cette limite? Ne peut-il pas se présenter d'autres cas dans lesquels une semblable période de temps ne soit pas en rapport avec les circonstances au milieu desquelles le crime aurait été commis? Si l'enfant n'avait eu que *six jours* d'existence, par exemple, quelle eût été la décision de la Cour? Je le répète, puisque le silence de la loi oblige à une interprétation du sens attaché au mot *nouveau-né* rien ne doit être ici abandonné à l'arbitraire : il faut que la définition légale de ce mot repose sur des caractères matériels qui ne puissent prêter à l'équivoque.

On voit d'après ce qui précède que les médecins-légistes, comme les jurisconsultes, ont jusqu'à ce jour laissé la question complétement indécise. Les faits que je vais rapporter, démontreront combien il est nécessaire d'en donner une solution claire et définitive.

PREMIER EXEMPLE.

Le 4 avril 1822, la fille Strumann, accouche dans un hospice, d'un enfant qui est inscrit sur les registres de l'état civil. Le 18 du même mois, elle donne la mort à cet enfant.

Devant la Cour d'assises de Liége, le ministère public pose la question de culpabilité en ces termes :

« Jeanne Strumann est-elle coupable d'avoir, le 18 » avril 1822, commis volontairement un homicide sur » un enfant *nouveau-né*? »

L'avocat de l'accusée demande que les mots *nouveau-né* soient retranchés de la question. La Cour ne statue pas sur cette réclamation.

Pourvoi : 1° pour violation de l'article 408 du Code d'instruction criminelle, en ce que la Cour avait refusé de prononcer sur la demande, tendant à ce que les mots *nouveau-né* soient retanchés de la question :

2° Pour fausse application de l'article 300, et violation des articles 302 et 304 du Code pénal, en ce qu'on aurait appliqué la peine de l'infanticide au meurtre d'un enfant qui n'était pas nouveau-né.

Arrêt. La Cour suprême de Bruxelles, vu les articles 300 du Code pénal, 408 du Code d'instruction criminelle, et l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1814 : attendu, sur le premier moyen, etc. ; attendu, sur le deuxième moyen, que l'enfant dont il s'agit était né dans un établissement public, et avait été inscrit sur les registres de l'état civil, sous le nom de sa mère; que dans ces circonstances, *et après quatorze jours de vie*, on ne pouvait plus, dans le sens de l'article 300 du Code pénal, le considérer *comme un enfant nouveau-né*, de l'existence duquel on avait voulu anéantir les traces, etc... La Cour casse et anulle...

M. Dalloz a rapporté cet arrêt dans son Recueil, sans aucun commentaire, et en ces termes : L'enfant né dans un établissement public, inscrit sur les registres de l'état civil, et *âgé de quatorze jours, n'est plus un enfant nouveau-né* dans le sens de l'article 300 ; en conséquence, sa mère, en lui donnant volontairement la mort ne commet pas le crime d'infanticide proprement dit, mais se rend coupable d'un simple meurtre (t. XII, p. 964.)

Mais il est évident, comme je l'ai déjà fait remarquer, que cette décision ne pourrait tout au plus être applicable à l'avenir qu'à un cas identique à celui dont il s'agit. En outre, on voit qu'ici l'absence de toute dissimulation de la grossesse et de l'accouchement de la part de la mère, est une circonstance dont il a été bien tenu compte, et qu'on a rapprochée de l'âge de l'enfant. Ainsi, l'arrêt a été motivé en partie sur un fait étranger

---

Mahon, *Médecine légale et police médicale, avec quelques notes du citoyen Fautrel.* Paris et Rouen, 1801, in-8, 5 vol.

(1) Fodéré, *Traité de médecine légale et d'hygiène publique*, etc. tome IV p. 453.

(2) Lecieux, *Considérations médico-légales sur l'infanticide.* Thèses de Paris, réimprimées en 1 vol. in-8, Paris, 1819, page 4.

(3) *Leçons de médecine légale.* Paris, 1823, in-8; *ibid.* 1827, in-8; *ibid* 1836, in-8, 3 vol., t. II, p. 126.

(4) *Dict. de méd.* art. *infanticide.* Année 1825, 1re édit.

(5) *Médecine lég. théorique et pratique.* Paris 1836, in-8. T. I, p. 484.

à l'enfant lui-même, en ce sens qu'il n'a trait aucunement aux raisons d'après lesquelles la Cour a prononcé que l'enfant *n'était plus nouveau-né après quatorze jours d'existence.*

Dans le cas suivant, nous allons voir le ministère public, admettre, au contraire, que *pendant un mois* un enfant doit être qualifié *nouveau-né.* Les détails de cette affaire, importante par les conséquences qui ont résulté de l'interprétation du mot *nouveau-né*, m'ont été communiqués par M. Naurays-Ladavière. Les débats eurent lieu devant une Cour d'assises d'un des départemens de l'Ouest. Les faits remontent à l'année 1823.

DEUXIÈME EXEMPLE.

La fille G...., domestique chez un cultivateur de la commune de Saint-B..... fut soupçonnée d'avoir une intrigue avec un jeune homme des environs. Bientôt quelques symptômes de grossesse se manifestèrent, on lui en parla, mais elle soutint toujours qu'elle n'était pas enceinte. Au bout d'un certain temps son embonpoint disparut sans que sa santé parût altérée. Elle ne cessa pas de vaquer à ses travaux ordinaires, et l'on crut qu'on s'était trompé à son égard. Cependant les soupçons n'étaient pas tout à fait dissipés; la police judiciaire continuait ses recherches, et après un mois de perquisitions, on découvrit dans un fossé plein d'eau, le corps d'un enfant du sexe masculin. L'examen, qui en fut fait avec soin, fit reconnaître qu'il avait vécu et qu'il était mort par strangulation. L'instruction qui suivit, produisit des preuves convaincantes de la culpabilité de la fille G....

Devant le jury, et après plusieurs dénégations, elle finit par confesser son crime; elle dit et prouva n'avoir commis ce crime que *plus de quinze jours* après la naissance de son enfant qui, pendant ce temps, était resté caché chez un amie dans la maison de laquelle l'accouchement avait eu lieu; elle ne s'était décidée à étrangler son enfant que lorsque l'activité des poursuites lui avait fait craindre de voir son déshonneur rendu public.

Le défenseur de l'accusée, s'emparant de cette circonstance, s'attacha à montrer que le meurtre d'un enfant, *âgé de quinze jours*, n'était plus un infanticide, emportant la peine capitale, mais une meurtre simple, puni seulement des travaux forcés à perpétuité. Le ministère public soutint le contraire, disant que *pendant un mois au moins*, un enfant devait être considéré comme *nouveau-né :* il s'appuyait sur des motifs puisés dans l'extrême faiblesse de l'enfant, dans le besoin pressant qu'il avait de sa mère, dans les relations intimes qui unissaient l'un à l'autre, etc. L'avocat répliqua que ces considérations reposaient sur des motifs qui étaient de nature à subsister bien plus d'un mois, et qui pourraient même conduire à plusieurs années. Enfin, on revenait toujours et irrésistiblement à cette question : *Que doit-on donc entendre par enfant nouveau-né?*

Dans cette conjoncture, les jurés ayant trouvé que l'accusée avait droit à quelque indulgence, et d'après une question subsidiaire qui fut posée, celle de savoir *si l'enfant était ou non nouveau-né*, déclarèrent en vertu de leur *omnipotence*, et sans donner de motifs, que la fille G.... était coupable de meurtre sur la personne de son enfant, *qui alors n'était plus un enfant nouveau-né.*

La fille G.... fut condamnée aux travaux forcés à perpétuité, par application de l'article 304 du Code pénal.

Si les jurés avaient considéré l'enfant comme enfant *nouveau-né*, cette fille portait sa tête sur l'échafaud (art. 300 et 302 du Code pénal.)

Enfin, la Cour de cassation a annulé récemment un jugement rendu par la cour d'assises de la Meurthe, dans une affaire où le ministère public et la Cour avaient qualifié d'infanticide le meurtre d'un enfant, *âgé de quarante jours.* Voici le fait que je transcris du journal LE DROIT (15 janvier 1836, n. 36.)

TROISIÈME EXEMPLE.

Cour de cassation (chambre criminelle), audience du 24 décembre 1835.

Le 21 juin, Marie Demanche est accouchée d'un enfant mâle qu'elle mit en nourrice : la naissance fut déclarée à l'état civil, elle alla plusieurs fois le visiter. Le 31 juillet (quarante jours après la naissance), elle le retira de nourrice, et le jeta dans la Meurthe, en suivant le chemin de Deply. C'est pour ce fait qu'elle a été traduite devant la Cour d'assises de la Meurthe, qui l'a condamnée à la peine des travaux forcés à perpétuité, comme coupable d'infanticide. Marie Demanche s'est pourvue en cassation pour fausse application de l'article 380 du Code pénal. La Cour, sur les conclusions de M. l'avocat-général Tarbé, a rendu l'arrêt suivant :

« Attendu que la loi, en qualifiant l'infanticide, et en punissant d'une peine plus forte le meurtre d'un enfant *nouveau-né*, n'a eu en vue qu'un homicide volontaire commis sur un enfant au moment où il vient de naître, ou dans un temps très-rapproché de celui de la naissance; que ces dispositions ne peuvent être étendues au meurtre d'un enfant qui a déjà atteint l'âge de quarante-et un jours, et dont, par conséquent, la naissance, si elle n'a été légalement constatée, n'a pu, du moins le plus souvent, rester entièrement inconnue; que cette extension répugne, et à l'art. 300 du Code pénal, et à l'esprit de la législation sur l'infanticide, qui n'a voulu protéger par un châtiment plus sévère la vie de l'enfant que lorsqu'il n'est pas encore entouré des garanties communes, et que le crime peut effacer jusqu'aux traces de la naissance;

« Attendu que Marie Demanche a été reconnue coupable, avec des circonstances atténuantes, d'avoir homicidé volontairement un enfant dont elle était accouchée le 21 juin précédent : qu'au lieu de lui appliquer sous la modification de l'article 403 du Code pénal, la peine du meurtre, la Cour d'assises a prononcé contre elle, sous la même modification, la peine de l'infanticide, en quoi elle a faussement appliqué les art. 300 et

302 du Code pénal, et violé, en ne le lui appliquant pas, l'art. 306 du même Code ; la Cour casse. »

Les exemples que je viens de rapporter prouvent suffisamment, je pense, combien il importe que la qualification de *nouveau-né* soit rattachée à un événement tout à la fois naturel et matériel, indépendant de toute disposition réglementaire de police ou d'administration ; en un mot, que l'enfant lui-même puisse fournir quelques caractères positifs, d'après lesquels le médecin et le jurisconsulte le qualifieront avec certitude *nouveau-né*. Nous voyons ici trois Cours différentes admettre également comme *nouveau-nés* des enfans qui avaient : l'un, *quatorze jours*, l'autre, *quinze jours*, et le troisième, *quarante jours d'existence extra-utérine*. Dans un de ces cas, le ministère public soutient que *pendant plus d'un mois* un enfant doit être considéré comme *nouveau-né*, et c'est le jury qui décide, sans donner de motifs, que l'enfant perd cette qualité *après quinze jours* de vie hors du sein de sa mère. Dans les deux autres cas, la Cour suprême, qui juge en dernier ressort toutes les questions civiles et criminelles, prononce que le meurtre d'un enfant ne doit plus être regardé comme un *infanticide* quand *quatorze jours* et, à plus forte raison, *quarante jours* se sont écoulés depuis la naissance de l'enfant.

Mais les termes de ces arrêts, et du dernier, par exemple, présentent toujours le même vague, la même absence d'une détermination précise, quand il s'agit de dire ce qu'on doit entendre par nouveau-né. « L'infanticide (texte de l'arrêt) est l'homicide volontaire commis sur un enfant *au moment où il vient de naître*, ou *dans un temps très-rapproché de la naissance* », définition qui conduit toujours à cette question : quelle est donc la durée du temps pendant lequel un enfant doit être considéré comme nouveau-né ? quel est le terme au delà duquel cette qualification ne lui est plus applicable ?

Examinons les phénomènes qui se manifestent chez l'enfant immédiatement après sa naissance, et qui constituent le passage de la vie fœtale à la vie indépendante. Voyons si l'enfant ne porte pas sur lui pendant quelque temps les traces de cette transition si remarquable par suite de laquelle il devient un être à part, ayant sa vie propre. Aussitôt qu'il est né, la respiration s'établit, et la circulation cesse en même temps de dépendre de celle de la mère. Le sang appelé dans les poumons, où il reçoit à l'instant même l'influence vivifiante de l'air, prend un cours nouveau ; jusque-là ce fluide nutritif était porté de la mère à l'enfant par le cordon ombilical. Ce lien, qui les unissait intimement, qui rendait la vie de l'un dépendante de celle de l'autre, ce lien vasculaire devient inutile. Bientôt ce cordon se décolore, se flétrit, et pour peu qu'on attende quelques minutes avant de le couper pour détacher l'enfant de sa mère, on voit à peine quelques gouttes de sang s'écouler au moment de sa section, et pourtant peu d'instans auparavant, ce cordon constituait le canal qui transmettait à l'enfant tout le sang qui le nourrissait.

A mesure que les deux grandes fonctions de la respiration et de la circulation s'établissent ainsi, des changemens importans ont lieu dans les poumons, le cœur et les gros vaisseaux : changemens qui rendent la vie de l'enfant de plus en plus indépendante, plus difficile à suspendre ou à détruire, et qui préparent, et déterminent enfin du *quatrième au huitième jour*, la séparation de la portion du cordon ombilical qui adhérait encore à l'enfant. Je crois inutile de reproduire ici les observations neuves et si importantes de Billard sur ce sujet (1).

Cette chute naturelle du cordon ombilical est ainsi le dernier phénomène qui suit *nécessairement et toujours la transition récente* de la vie fœtale à la vie indépendante. Dès que cette trace matérielle n'existe plus, on en est réduit aux conjectures pour établir l'époque précise de la naissance d'un enfant, pour le qualifier *nouveau-né*.

En effet, croit-on qu'en groupant tous les caractères anatomiques propres aux divers âges du fœtus et de l'enfant pendant les premières semaines qui suivent sa naissance, on puisse arriver par ce rapprochement à déterminer autre chose que le degré de développement d'un enfant ? Ces caractères, qu'on trouvera sur le cadavre d'un enfant, ne peuvent évidemment fournir aucune autre indication ; et quand même on découvrirait de la sorte que l'enfant n'a atteint que le degré de maturité propre au huitième ou au neuvième mois de la conception, on n'en pourrait pas conclure davantage qu'il était récemment né lorsqu'on l'a tué, *si une portion du cordon n'est plus adhérente à l'ombilic*.

Sans doute si l'on constate sur le cadavre la non-occlusion du trou de Botal, la perméabilité du canal artériel, ces deux faits viendront à l'appui de l'opinion que l'enfant est assez récemment né. Mais cette persistance des ouvertures fœtales après la naissance, ne peut avoir ici, comme preuve, qu'une valeur très-secondaire, car le trou de Botal ne s'oblitère pas constamment (je l'ai trouvé non oblitéré sur plusieurs cadavres d'adultes, et même chez une femme de soixante ans, sans qu'on eût observé de cyanose, ou tout autre symptôme d'affection du cœur), et le canal artériel peut rester perméable jusqu'à la fin de la *troisième semaine* après la naissance (Billard, *loc. cit.*, p. 579). Un exemple suffira pour montrer que l'ensemble des caractères anatomiques propres à telle ou telle époque du développement du fœtus ne peut servir en aucune manière à préciser la durée du temps écoulé depuis la naissance, et que la présence seule du cordon peut fournir cette solution.

Une femme accouche au *septième mois* de sa grossesse d'un enfant bien conformé, plein de vie ; malgré sa naissance précoce, cet enfant se développe parfaite-

(1) *Traité des maladies des enfans nouveau-nés à la mamelle*, etc., Paris, 1827, in-8° ; *ibid.*, 1833, in-8°, avec une notice sur la vie et les ouvrages de l'auteur, par le doct. Ollivier (d'Angers).

ment, sa santé n'éprouve aucune atteinte. Au bout de quinze jours, d'un mois ou de six semaines, il périt de mort violente. A aucune de ces époques il n'a encore atteint le degré de maturité qu'on observe à la naissance à terme. Eh! bien, dans ces trois circonstances, dira-t-on que l'enfant était *nouveau-né* au moment de sa mort, parce que le développement de ses organes n'était pas arrivé au degré qui caractérise la fin de la dernière période de la vie fœtale? Cette conséquence serait inexacte, car cet enfant, né à sept mois, avait déjà quinze jours, un mois, six semaines d'existence, de vie indépendante, quand on l'a tué, et l'on voit qu'il se trouvait dans les limites que la Cour de cassation elle-même a posées pour établir qu'un tel enfant n'est plus *nouveau-né*. J'ajouterai que les caractères anatomiques peuvent laisser beaucoup d'incertitude sur l'âge précis de l'enfant, né ainsi avant terme, car une cause quelconque dépendant soit de la mère, soit des annexes du fœtus, peut en avoir retardé le développement général.

Ainsi, le résultat le plus palpable de tous les changemens survenus dans les organes et les fonctions d'un enfant qui vient de naître, résultat qui n'exige aucune notion scientifique pour être reconnu, c'est la chute naturelle du cordon ombilical. Tant que ce cordon adhère à l'ombilic, l'enfant porte avec lui la preuve matérielle qu'il est *nouvellement détaché de sa mère*, qu'il est *nouveau-né*. Le cordon une fois séparé de l'ombilic, il devient impossible de décider, même approximativement, si la naissance est récente, soit dans les cas d'accouchemens avant terme, soit dans ceux qui ont lieu au terme naturel de la gestation. Je ne puis trop le répéter, toute décision alors est basée sur de simples présomptions, sur des conjectures, sur l'interprétation tout arbitaire de quelques-unes des circonstances du fait que le médecin-légiste et le magistrat ont à examiner.

On objectera peut-être que la chute naturelle du cordon ombilical a lieu elle-même à des époques variables, et qu'ainsi elle ne fournit qu'un moyen de détermination approximative. Il est vrai que cette séparation du cordon peut varier du quatrième au huitième jour. Mais l'erreur qu'on pourra commettre en calculant l'époque de la naissance d'après la présence du cordon encore adhérent, ne portera jamais sur plus de *quatre jours*, et le caractère que je propose, circonscrit ainsi, dans cet intervalle très-limité, la durée du temps pendant lequel l'enfant a réellement droit à la qualification de *nouveau-né*.

Dira-t-on qu'en adoptant pour base de détermination la chute du cordon ombilical, on est exposé à refuser cette qualification à un enfant né depuis quatre jours seulement, tandis qu'elle sera encore applicable à un autre né depuis huit jours? Je ne vois pas là une objection, mais bien une conséquence forcée de la règle que je cherche à établir : car dès que j'admets que la présence du cordon encore adhérent est la preuve unique et irréfragable de la naissance *très-récente* de l'enfant, une différence de trois ou quatre jours ne détruit pas la valeur de mon opinion, puique le cordon peut rester attaché à l'enfant jusqu'au huitième jour, comme il peut s'en détacher le quatrième. Seulement, il est évident que, comme il ne reste, après la séparation du cordon, aucun caractère précis pour établir une distinction fondée entre l'enfant né depuis peu de jours et celui dont la naissance date déjà de plusieurs semaines, il en résulte que vous qualifiez le meurtre du premier comme celui du second, malgré la distance qui les sépare; en sorte que pour l'un et l'autre, le crime rentre évidemment dans les cas d'homicide.

Mais, d'après les exemples que j'ai rapportés, n'est-il pas évident qu'il ne peut y avoir qu'avantage à resserrer les limites dans lesquelles l'enfant doit conserver la qualité de *nouveau-né?* On comprend difficilement comment on a pu, dans ces différens cas, donner à cette expression une extension aussi grande. Le crime d'infanticide est malheureusement assez fréquent, sans qu'on y assimile encore celui qui ne mérite véritablement pas cette qualification, et dont la pénalité est moindre.

Je ne pense pas qu'on puisse m'opposer comme pouvant détruire la valeur absolue du caractère que je regarde comme pathognomonique, et spécial au nouveau-né, les cas d'absence du cordon par suite de son arrachement ou de sa section, immédiatement à son insertion ombilicale; car les bords déchirés ou saignans de l'anneau plus ou moins dilaté, sans retrait vers l'abdomen, si l'enfant est mort d'hémorrhagie, attesteront alors suffisamment la séparation *accidentelle* et *récente* du cordon, prouveront sans réplique que la naissance ne date pas de plus de huit jours, et qu'ainsi l'enfant était *nouveau-né*.

Mais ne serait-il pas possible qu'une cautérisation faite après avoir coupé ou déchiré le cordon immédiatement à son insertion ombilicale, donnât lieu à toutes les apparences d'une cicatrice ancienne? En faisant disparaître de la sorte le caractère d'après lequel vous qualifiez un enfant *nouveau-né*, on pourrait ainsi faire considérer comme homicide un infanticide réel?

Quelque cautérisation qu'on fasse immédiatement après la séparation *accidentelle* du cordon, il n'en résultera pas un travail de cicatrisation plus hâtif, et l'expérience a démontré que cette cicatrisation n'est achevée communément que du *dixième au douzième jour* après la naissance. Or, le cordon ayant été coupé ou déchiré avant le huitième jour, puisque vous supposez l'enfant tué avant le terme de la chute naturelle du cordon, la dissection prouvera toujours alors d'une manière évidente que l'ombilic n'offre pas le resserrement et la forme particulière qu'il présente ordinairement, quand sa cicatrice est naturelle et complète, changemens qui ont été si bien décrits par Billard (*loc. cit.*).

On a pensé aussi que, dans ces sortes d'affaires, il est bien plus aisé de fixer l'instant de l'accouchement que celui de la séparation naturelle du cordon ombilical; qu'il est presque impossible de déterminer cette dernière circonstance, soit parce que ce cordon, rompu, déchiré avec violence lors de l'accouchement, ne peut se dessécher, ni se séparer *naturellement* du corps; soit parce que les cadavres des enfans homicidés sont sou-

vent retrouvés plusieurs jours après leur naissance, submergés, enfouis, et dans un état de décomposition et de putréfaction qui rend les observations exactes impossibles; qu'alors on est obligé de conjecturer encore, ce qui peut conduire à l'erreur, tandis que le fait grave de l'accouchement, presque toujours certain dans son époque, est là pour servir de point de détermination.

Je répondrai d'abord que la rupture du cordon ou sa déchirure avec violence lors de l'accouchement; ne l'empêche pas de se dessécher et de tomber *naturellement;* que d'ailleurs il ne s'agit pas ici de suivre et d'observer les phases successives de la séparation naturelle du cordon ombilical, d'en fixer l'époque, mais seulement de constater s'il est ou non adhérent à l'enfant; quant aux effets de la putréfaction, ils n'ont pas pour résultat de détacher le cordon de l'ombilic de l'enfant: le cordon se putréfie avec le cadavre, et l'on trouve encore l'un adhérent à l'autre après un mois et six semaines d'inhumation ou de submersion. C'est un fait que j'ai constaté dans plusieurs cas d'infanticide. Ainsi, malgré la décomposition putride, le caractère que je regarde comme propre à l'enfant nouveau-né reste intact et parfaitement reconnaissable.

En est-il de même de celui qu'on veut trouver dans l'accouchement, et peut-on presque toujours en préciser l'époque? non sans doute, car au-delà du dixième jour, il est ordinairement fort difficile de répondre affirmativement qu'il y a eu accouchement récent. Mais si la mère reste inconnue ou si on ne la découvre que longtemps après l'examen du cadavre de l'enfant, comment constater que l'accouchement a eu lieu, et qu'il se rapporte précisément à l'époque de la naissance de l'enfant dont on avait retrouvé le corps? D'ailleurs l'infanticide peut être commis par toute autre personne que la mère de l'enfant, à son insu même, comme je l'ai vu une fois, et le fait de l'accouchement est alors insignifiant.

Enfin, dira-t-on, pour que la présence du cordon ombilical ait toute la valeur que vous lui assignez, il faut qu'il soit bien démontré que jamais on n'a vu d'enfant né vivant sans cordon, que toujours ce lien vasculaire existe, et il paraît qu'on a des exemples du contraire. Cette objection est sans contredit la plus forte qu'on puisse me présenter, et il suffirait de l'articuler, si elle était fondée, pour faire rejeter sans examen la proposition que je veux établir.

On trouve, en effet, dans les annales de la science, quelques observations rapportées par différens auteurs, comme exemples d'enfans nés sans cordon et même sans ombilic. Mais les unes manquent de détails suffisans pour justifier un pareil titre; les autres font mention de cordon rompu dans la matrice, et dont les extrémités se sont *cicatrisées* isolément avant la sortie de l'enfant *qui, cependant, serait né vivant!!!* Le plus grand nombre de ces observations se rapporte à un vice de conformation (*l'extrophie de vessie*, Chaussier) dans lequel l'ombilic est souvent confondu avec la tumeur formée par la membrane muqueuse vésicale, disposition qui a longtemps induit en erreur, et fait supposer que dans ces cas il n'y avait pas de cordon, parce qu'on ne voyait pas d'ombilic. Aujourd'hui tous ces récits merveilleux sont réduits à leur juste valeur. Les observations et les recherches modernes, entre autres celles de Chaussier (1), MM. Rob. Froriep (2), Kohlschvetter (3), Velpeau (4), etc., ne laissent pas le moindre doute à cet égard, et il n'est pas de vérité mieux établie dans la science que celle qui consacre l'existence du cordon ombilical chez l'homme, comme un fait constant et indispensablement nécessaire au développement régulier de l'embryon et du fœtus. Ainsi tombent devant un examen éclairé toutes les conséquences qu'on a pu déduire d'une observation inexacte.

Billard, qui avait été consulté par le magistrat que j'ai déjà cité, pensait que la cicatrice de l'ombilic devait être complète pour que la qualification de *nouveau-né* pût cesser d'être applicable à un enfant dont la naissance est récente. Personne plus que moi n'a rendu un éclatant hommage aux travaux remarquables et aux talens éminens de Billard, personne n'a plus apprécié son esprit d'observation et les recherches pleines de sagacité dont il a enrichi la science; mais, je ne doute pas qu'il eût modifié son opinion, s'il eût étudié assez la question pour l'envisager sous toutes ses faces. La cicatrisation complète de l'anneau ombilical étant elle-même consécutive à la chute naturelle du cordon, il est évident que lorsqu'elle existe, elle fournit un argument de plus pour prouver que l'enfant *n'est plus nouveau-né.* Mais si cette cicatrisation est communément complète du dixième au douzième jour après la naissance (Billard), il est une foule de causes qui peuvent la retarder, et empêcher qu'elle ne soit achevée avant trois semaines et même un mois. Parmi ces causes, les unes sont naturelles et tiennent à l'état particulier du cordon; les autres dépendent de circonstances accidentelles et fréquentes. Ainsi, j'ai observé plusieurs fois que des bains donnés trop tôt après la naissance, produisent cet effet; le frottement des langues, la négligence apportée dans les soins de propreté, peuvent avoir le même résultat: on voit très-fréquemment le contact prolongé et répété de l'urine, déterminer chez l'enfant nouveau-né, un érythème auquel succède un érysipèle, qui s'étend de proche en proche jusqu'à l'ombilic, et y entretient une in-

---

(1) Discours sur les vices de conformation du fœtus, inséré dans le procès verbal de la distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'hospice de la Maternité de Paris, le 18 juin 1812 Paris 1812, in-8 de 116 p. — pages 98 et 99.

(2) *De funiculi umbilicalis defectu commentatio academica.* Berlin 1832, in8-, fig. 42 pp.

(3) *Quœdam de funiculo umbilicali frequenti mortis nascentium causa commentatio physiologico-obstetrica.* Leipsig, 1833, in-8, 100 p. § 79.

(4) Rapport sur un cas d'extrophie congénitale de la vessie, et recherches sur quelques-unes des principales questions qui se rattachent à l'existence de cette difformité, inséré dans les Mémoires de l'Académie royale de médecine, t. III, p. 90 et suiv. Paris 1833, in-4.

flammation qui retarde la marche de la cicatrice ombilicale. Or, dès que ce phénomène est sujet à tant de variations, soit naturellement, soit accidentellement, il ne peut évidemment pas servir de caractère pour établir une limite qui doit puiser toute sa valeur dans la fixité des bases sur lesquelles elle repose.

Si je ne m'abuse, il résulte de la discussion et de l'examen auxquels je viens de me livrer, que la question de savoir si un enfant doit être ou non qualifié *nouveau-né* dépend de la *présence ou de l'absence du cordon ombilical :* cette qualification se rattachant ainsi à un fait matériel et isolé, constant et bien facile à reconnaître, cessera d'être sujet à controverse, et soulevera même moins de contestations que si elle dépendait de la réunion de plusieurs circonstances. Il importe donc beaucoup que, dans leurs rapports, les médecins experts et les officiers de police judiciaire n'omettent jamais de mentionner si le cordon était encore attaché à l'enfant quand ils ont examiné le cadavre.

En résumé, je crois pouvoir répondre ainsi à la question qui fait l'objet de ce mémoire : *un enfant doit être considéré comme* NOUVEAU-NÉ *tant que le cordon est adhérent à l'ombilic ;* ou en d'autres termes ; *un enfant doit être qualifié* NOUVEAU-NÉ *jusqu'à la chute naturelle du cordon ombilical.* Je ne pense pas que l'une ou l'autre de ces explications doive entrer dans le texte d'un article de loi, car on pourrait en réclamer d'analogues pour beaucoup d'autres questions. A la vérité, ce n'est pas ici une interprétation qu'on donnerait, mais bien une limite qui serait posée par le législateur afin de bien fixer la qualification du mot *nouveau-né.*

Toutefois, si l'on reconnaît que les motifs sur lesquels je m'appuie sont justes et fondés ; si l'interprétation que je propose était admise, ne pourrait-on pas la traduire *en énonçant simplement le nombre de jours pendant lesquels le cordon ombilical peut rester adhérent à l'enfant?* L'article 300 du Code pénal serait ainsi conçu :

« Est qualifié *infanticide* le meurtre d'un enfant nouveau-né : l'enfant est considéré comme *nouveau-né pendant les huit premiers jours de son existence.*

Tel est, en dernière analyse, le but que je me suis proposé dans ce travail, et je l'aurai atteint si les remarques et les observations que je viens de présenter peuvent concourir à faire préciser ce point important de notre législation.

Je ne suis pas assez versé dans la science du droit pour indiquer tous les cas où le législateur a limité ainsi la durée du temps pendant lequel et au-delà duquel, telle ou telle disposition judiciaire est ou n'est plus applicable ; mais je puis citer comme exemples, les articles sur la pénalité relative aux blessures, qui fixent la durée d'incapacité de travail que ces lésions peuvent entraîner. En outre, je pense que, dans l'espèce, je ne propose pas une innovation : le code d'un des royaumes d'Allemagne en offre la preuve. Voici le texte de l'article 159 du Code de Bavière, sur l'infanticide : *un enfant est réputé nouveau-né lorsqu'il n'a pas vécu trois jours* (1), Je n'entrevois pas les motifs sur lesquels on s'est appuyé pour établir une limite aussi restreinte, mais je doute fort qu'ils aient été puisés dans quelques considérations relatives à l'enfant lui-même ; tandis que celle que je propose est fondée sur un caractère dont je crois avoir démontré toute la valeur. Quoi qu'il en soit, l'article du Code bavarois détermine au moins ce qu'on doit entendre par *nouveau-né,* et fait ressortir la lacune qui existe sous ce rapport dans le Code pénal français.

Je soumets mon opinion aux lumières des criminalistes, et des médecins chargés d'éclairer l'autorité judiciaire par leurs investigations. Je m'estimerai heureux d'avoir examiné cette question médico-légale, si mes observations peuvent fournir quelques documens utiles aux magistrats chargés de l'administration, souvent si difficile, de la justice criminelle.

Qu'est-ce qu'un enfant nouveau-né? par le prof. ROB. FRORIEP, à Berlin. *Wochenschrifs für heilkunde.* Herusg von Dr Casper ; 1835, n° 47, p. 753. (2)

L'importance de cette question est fondée sur le fait que, d'après notre Code général, l'infanticide est puni tantôt plus gravement par *la question et le traînement au lieu d'exécution,* tantôt plus légèrement par *le glaive,* selon que le crime est considéré comme *meurtre d'un parent* ou comme *infanticide.*

---

(1) J'ai trouvé l'exposé de tous les articles du Code de ce pays, relatifs à l'infanticide, dans une brochure peu connue en France, et qui mérite de l'être sous plus d'un rapport. Voici son titre : « Quelques faits remarquables d'infanticide soumis aux réflexions du législateur, du juge et du médecin. Par S. C. membre du tribunal d'appel du canton de Vaud. Lausanne, 1825, in-8, 91 p.

(2) C'est au mois de septembre 1835 que je fus consulté par le magistrat, dont les observations me déterminèrent à composer le mémoire qui précède. Par une coïncidence assez étrange, c'est vers la même époque que M. Froriep, à Berlin, examinait la même question. Je mentionne ici ce rapprochement, non pas pour éloigner toute discussion de priorité, mais pour faire remarquer que la seule conclusion médicale de la note de M. Froriep, repose sur le fait que j'invoque aussi pour déterminer la qualification du mot *nouveau-né.* Toutefois, il se borne à énoncer ce fait, tout en en reconnaissant l'importance, mais l'on voit que la présence du cordon ombilical n'est pas le caractère spécial qu'il signale pour fixer l'acception légale du mot *nouveau-né.* Au contraire, l'interprétation de certains articles des lois romaines, le conduit à une opinion différente de la mienne, opinion qui me semble trop limiter la durée du temps pendant lequel un enfant doit être qualifié *nouveau-né,* et qui ne repose pas sur des faits suffisamment déterminés et assez nettement exprimés. Je ne comprends pas comment l'absence des soins de propreté donnés à l'enfant pourrait être admise comme une présomption favorable à l'inculpée, car dans ce cas, de même que dans l'hypothèse contraire, un infanticide ne perd rien de sa criminalité.

(OLLIVIER d'Angers.)

Le Code général II, 20. § 887 définit l'infanticide *le meurtre d'enfans nouveau-nés*, et art. 965, *le meurtre d'un enfant nouveau-né, soit au moment de sa naissance, soit après*. Ces explications ne peuvent se rapporter qu'à la mère, car le § 974, exprime nettement que la mort d'un enfant nouveau-né, provoquée par le père ou des parens, même sans adhésion de la mère, doit être considéré non comme *infanticide*, mais comme *meurtre d'un parent*, et doit être puni comme tel. Nous voyons donc que le législateur a distingué l'*infanticide* et le *parricide*, non relativement à l'enfant, mais relativement à la mère. Aussi la peine de mort simple, par le glaive, a-t-elle été posée pour l'infanticide et la peine de mort aggravée (*question*) pour le parricide, à cause de cette considération admise par le législateur, qu'une femme non mariée, veuve ou divorcée, peut, au moment de la naissance d'un enfant qui lui donne la certitude d'un déshonneur public, se trouver dans un trouble moral assez considérable, pour ne pas avoir pour les actes commis pendant cette impression morale, la responsabité d'un meurtier ordinaire ; d'autant plus que l'acte de la parturition la met dans un état physique tel que, par ce trouble corporel, toutes les facultés (et par conséquent la volonté) éprouvent un affaiblissement notable.

Les difficultés qui ont présidé à la définition de l'idée d'un enfant nouveau-né sont évidentes ; aussi par des raisons, sans doute, le Code général s'est-il abstenu de donner cette définition. Le sénat criminel de juridiction supérieure de la Prusse orientale a bien cru pouvoir se fonder sur le § 913, vol. xx, et définir un enfant nouveau-né celui qui n'aurait pas encore vécu pendant 24 heures. Cette assertion a été depuis et plusieurs fois admise, comme base légale, mais n'est pas en vérité dans le sens de ce paragraphe. Celui-ci dit simplement, que dans le cas ou deux personnes au moins n'ont pas assisté à la naissance, tout enfant naturel mort-né ou mort pendant les 24 heures, doit être présenté au juge *dans le délai de 24 heures après la naissance ou la mort de l'enfant.*

Cet article a pour but dans le cas où un enfant tué serait annoncé comme mort-né, de provoquer la décision des hommes de l'art, par l'autopsie faite dans les 24 heures ou avant la putréfaction.

Pour comprendre la définition d'un enfant nouveau-né, il faut la considérer sous le point de vue médico-judiciaire. Judicairement parlant, il n'existe après la naissance aucune époque à laquelle la vie d'un enfant doive être protégée plus qu'à un autre ; si donc la loi punit le meurtre d'un enfant nouveau-né par la peine de mort simple, et par la peine de mort aggravée, c'est-à-dire la torture de haut en bas, celui d'un enfant en général, cela ne repose que sur la responsabilité de la mère, moindre, immédiatement, pendant et après l'accouchement. Sous le point de vue judicaire, un enfant ne devrait donc être considéré comme nouveau, et son meurtre puni comme infanticide et non parricide, qu'aussi longtemps que la mère peut être considérée comme se trouvant encore sous l'influence immédiate, morale et physique de l'accouchement et étant alors moins responsable.

Sous le point de vue médical où l'on ne considère pas le crime, un enfant est regardé comme nouveau-né aussi longtemps qu'il existe encore des traces de sa séparation de sa mère. Il n'y a manifestement que le cordon ombilical qui puisse servir de signe. Ainsi pour le médecin, un enfant est nouveau-né aussi longtemps que la portion ombilicale du cordon ne s'est pas encore détachée de l'ombilic. Un enfant serait nouveau-né pendant les trois premiers jours, puisque d'après beaucoup d'observations, et surtout d'après celles de *Billard*, le cordon tombe le plus souvent le troisième ou le quatrième jour. Cette définition, également admise par le Code pénal de la Bavière, vol. I, art. 159, n'est pas cependant dans l'esprit de la loi et ne s'accorde guère avec le calcul médical.

Ceux qui avaient fait la proposition de considérer un enfant comme nouveau-né aussi longtemps qu'on l'a tenu caché, avaient la prétention de s'attacher à l'esprit de la loi, mais ils étaient en contradiction manifeste avec elle. Des peines graves étant déjà infligées à la non-révélation d'un enfant mort-né, ce serait un non-sens que de voir un infanticide *de nouveau-né* là où un enfant caché, pendant quelque temps, aurait été assassiné, peut-être, après plusieurs années seulement ; cas, qui alors serait réprimé par une peine moins grave qu'un meurtre ordinaire. Cette opinion, considérée médicalement, est absurde. *Gaspard Hauser*, à son arrivée à Nuremberg, eût été un nouveau-né, et pour en faire ressortir le ridicule il suffira de faire remarquer qu'il pourrait de la sorte arriver qu'une femme fût accusée d'inceste avec un garçon nouveau-né, qu'elle aurait mis au monde 20 ans auparavant et caché jusque alors.

Le droit romain donne une définition plus précise. Le *jus vitæ ac necis*, ainsi que le pouvoir accordé au père d'exposer, de vendre, et de mettre en gage ses enfans, éprouva des restriction sensibles sous le règne des empereurs. Constantin surtout, n'osant pas encore prononcer l'abrogation totale d'usages si invétérés, fit des ordonnances d'après lesquelles il était encore permis aux parens très-pauvres de vendre leurs *nouveau-nés*, ce qui n'était plus accordé pour des enfans plus âgés. L'idée que l'on attachait aux mots *nouveau-né* était précisée bien clairement. Il est dit dans : *Lex* 2. *Cod. de patribus qui filios suos distrax.* (IV. 43.) *Si quis propter nimiam paupertatem, egestatemque, victus causâ filium, filiamve* SANGUINOLENTOS *vendiderit, venditione in hoc tantùm modo casu valentes, emptor obtinendi ejus servitiis habeat facultatem, etc.* Le mot *sanguinolentos* signifie ici *recentes natos;* il est interprété autrement dans le *Cod. Theodos.* Lib. V. ti. VIII : *De his, qui sanguinolentos emtos vel nutriendos acceperint*, où il est dit avec plus de clarté : *Secundum statuta priorum principum, si quis a sanguine quoque modo legitime comparaverit, vel nutriendum putaverit, obtinendi ejus servitii habeat potestatem*, etc. Ælianus, hess. II, cap. 7, nomme nouveau-nés ceux qui sont enlevés Ἐξόδιγιοσ

των μητριων (pendant les douleurs de l'enfantement). Il paraît néanmoins que la signification de *recens natus* la plus usuelle était celle de *sanguinolentus*, qui passa même dans le langage habituel. Juvénal, satir. VII, sqq. d, cit :

« . . . . Distat enim quæ
« Sidera te excipiant modo primos incipientem
« Edere vagitus et adhuc a matre rubentem. »

Il est donc évident que les Romains entendaient par nouveau-né, non-seulement les enfans immédiatement après leur naissance, mais qu'ils désignaient ainsi principalement ceux auxquels aucun soins de propreté n'ont encore été donnés, et qui sont encore couverts de sang (*sanguinolenti*). Ceci rappelle l'usage plus ancien des Romains où l'enfant, aussitôt qu'il était né, était présenté au père de famille pour savoir s'il voulait le soulever en l'air (*tollere*) ou le laisser couché ; dans ce dernier cas, l'enfant était ou tué ou exposé. Il était dans les mœurs romaines qu'un enfant ne pouvait prendre le rang et acquérir les mêmes droits que les autres, qu'après qu'on lui avait accordé quelques soins.

Cette manière de voir me paraît aussi convenir le mieux à l'esprit de nos lois. Une mère a-t-elle donné quelques soins à son enfant, il n'est plus admissible qu'elle se soit trouvée encore dans un état de trouble ou de désespoir qui restreindrait sa responsabilité; l'enfant au contraire n'est-il pas nettoyé du tout, ni soigné aucunement, enfin n'est-il pas traité en propre enfant, l'existence de ces faits atténuans peut être admise.

(*Note communiquée par le docteur Rœderer, de Strasbourg.*)

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THERAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

OCTOBRE 1836.

N° 19. — 15 Oct.

Quelques réflexions sur la thérapeutique de la gastrite.

L'histoire des progrès de la médecine fait voir qu'il y a deux époques principales où il faut activement s'occuper de la thérapeutique d'une maladie. L'une de ces époques est le moment où la maladie vient d'être, pour ainsi dire, révélée dans toute sa puissance et dans toute son intensité ; l'autre époque commence au moment où une théorie quelque temps dominante, arrivée aux limites de ce qu'elle pouvait donner, trouve enfin que ces limites ne sont pas encore celles des choses. A la première époque, il importe, pour que la science fasse les progrès les plus rapides possibles, que toute la somme des efforts disponibles soit jetée dans la voie qui vient de s'ouvrir, pour mettre l'idée neuve en exploitation ; à la seconde époque, le système qui tombe laisse dans le trouble et dans l'ignorance ceux qui avaient marché jusque là sous une bannière commune, et qui tombent dans les ténèbres, en perdant enfin l'espérance qu'ils avaient conçue d'arriver au vrai absolu. Alors, les habiles exploitent les dupes ; les esprits faux s'égarent dans des abstractions mensongères ; les esprits bornés continuent à suivre sans hésitation le chemin qu'on leur a montré, et qu'ils s'attachaient à suivre exclusivement ; c'est le moment de la confusion dans la masse des travailleurs, et, au lieu d'une tendance continue vers un but, on ne voit plus parmi eux qu'un flottement sans repos et sans résultats. C'est alors aussi qu'il importe, dans une science comme la nôtre, de reprendre et d'examiner de près l'idée sur laquelle avait roulé le grand mouvement scientifique antécédent.

A la première époque appartiennent, en ce qui concerne la gastrite, tous les travaux de M. Broussais ; il a magnifiquement animé ce qui s'est fait sur cette idée ; le règne, ou plutôt la longue et brillante lutte de son école, a été le développement en tous sens de la gastrite. Ce qu'il a fait a été fait avec puissance et dans le moment le plus convenable ; mais, aujourd'hui que M. Broussais et son école ont fait voir tout ce qu'il était possible de tirer de ce système ; qu'on commence à se demander ce qui doit rester de l'idée physiologique ; qu'on est sorti de la ligne de cette école, ne semble-t-il pas que l'autre époque dont j'ai parlé commence, et qu'il soit temps enfin de rappeler les esprits actifs vers la véritable voie de la médecine ? Du moment que ce système ne suffit plus à tout, n'y a-t-il pas nécessité impérieuse d'en poser les limites et de voir ou nous en sommes à cet égard sur la thérapeutique, ce grand critérium de tous les systèmes en médecine ?

Je n'ai pas la prétention d'épuiser ce sujet en quelques lignes ; mais je pense qu'il y a utilité à appeler sur ce point la réflexion des vrais médecins. Or, il n'est pas nécessaire d'avoir longtemps médité sur l'histoire de notre art, pour acquérir la conviction que l'idée générale, la maladie particulière et par conséquent le traitement que résume le mot gastrite, d'une part, ne sont pas très-anciens dans la médecine, et, d'autre part, n'ont pas fait le tour du monde avec leur pureté native. Les anciens raisonnaient beaucoup, et observaient sur le vivant quelquefois avec un admirable instinct ; leurs successeurs des âges moins reculés subtilisaient sur les propriétés des corps et sur ce qu'ils en imaginaient, sans chercher trop à pénétrer dans l'intimité de ces corps même. L'idée de gastrite ne devait venir qu'après les travaux d'anatomie ; elle était faite pour se répandre surtout dans les pays où l'anatomie était cultivée ; et c'est en effet ce que l'histoire ancienne et contemporaine nous démontrent. D'idées différentes sur les maladies, des traitemens différens ont nécessairement résulté, comme nous le trouvons partout ; enfin la gastrite est née presque de nos jours avec toute son importance. C'est spécialement dans la médecine française qu'elle a trouvé son origine, et beaucoup de nations ne la connaissent pas encore.

Comment se fait-il donc qu'elle ait été si longtemps inconnue ? Comment n'a-t-on pas adopté partout nos opinions ? Est-il possible qu'une médecine qui n'est pas éclairée par cette idée ne soit pas meurtrière ? Est-ce que la gastrite n'existait pas pour les hommes qui nous ont précédés ? Est-ce qu'elle n'existe pas pour ceux de nos contemporains dont la médecine ne ressemble pas à la nôtre ? Est-ce que la gastrite, comme la syphilis, est une grande épidémie inconnue à nos pères, et dont nous pourrions encore dater l'origine toute récente ? La gastrite est-elle un mal imaginaire, un produit de théorie, quelque chose d'hypothétique comme a été l'asthénie de

Brown, qui a fait son temps dans l'école? Incontestablement, non : on ne peut répondre que négativement à toutes ces questions. Rien de tout cela n'est vrai sur la gastrite; c'est un mal très-réel, très-anciennement existant, c'est-à-dire, existant depuis que les hommes se servent de leur estomac; existant partout où l'on digère, indépendamment de toute hypothèse et même malgré toute hypothèse, mais qui devait rester méconnue jusqu'au moment où on s'aviserait, non plus d'imaginer un monde, mais de l'observer, et par conséquent de poursuivre la marche de chaque maladie dans des détails soumis à l'observation matérielle.

Mais, de ce que l'observation matérielle de la gastrite n'était pas encore venue, il ne s'ensuit pas que toute observation antérieure doive être négligée et considérée comme nulle; de ce que la constatation matérielle de l'état cadavérique correspondant y manque, il ne s'ensuit pas qu'à compter de l'ère de la gastrite seulement la vraie médecine, la science thérapeutique ait commencé; il ne s'ensuit pas que la gastrite doive universellement compter pour la seule maladie primitive; qu'il faille repousser du traitement tout ce qui n'est pas idée thérapeutique déduite de l'observation de la gastrite, la négation sur tous ces points ne doit pas être moins positive et moins ferme que sur tous ceux que, dans un sens différent, nous présentions tout à l'heure sous forme de questions. Et la preuve, c'est que la gastrite, naguère universelle parmi nous, a déjà perdu de son importance, et qu'on commence, quoique dix ans à peine nous séparent du règne le plus brillant de la gastrite, à se demander partout les uns aux autres ce qu'elle est devenue; il n'y a plus que quelques adeptes qui la voient, et la masse des médecins, même des médecins anatomo-pathologistes, tombent d'accord que, dans l'immense majorité des cas ils ne trouvent pas ce qu'on leur avait tant vanté. Et pourtant la physiologie et la pathologie s'accordent pour constater l'existence réelle de la gastrite; la physiologie, en répandant ses lumières sur la texture et les fonctions de l'estomac; la pathologie, en révélant la coïncidence des lésions de l'estomac avec des lésions analogues dans les autres organes, et, d'autre part, en montrant la fréquente coïncidence des lésions fonctionnelles et des lésions matérielles de l'organe gastrique.

Il y a gastrite incontestable, non-seulement quand l'organe est engorgé de sang, et que ce sang combiné avec les tissus les endurcit ou les ramollit, ce qui réduirait la gastrite à l'état d'un estomac phlogosé, vu sur le cadavre; mais il y a gastrite toutes les fois que se montrent les symptômes communs pendant la vie à tous ceux qui présentent, après la mort, la gastrite cadavérique. Ainsi, il y a gastrite toutes les fois que les fonctions de l'estomac sont perverties, qu'il y a dégoût, nausées vomissemens et en même temps des signes de réaction générale sur l'organisme, par le fait de l'état maladif de l'estomac, quels que soient les signes par lesquels cette réaction générale de l'estomac sur tout l'organisme se manifeste; soit que, par le fait de la suspension des fonctions de l'estomac, les matières alimentaires cessent de réparer ce que perd chaque jour la machine; soit que, par le fait des liaisons de l'estomac et du système nerveux encéphalo-rachidien, des douleurs et fatigues très-diverses se fassent sentir dans les organes auxquels aboutit principalement ce système nerveux; soit que par l'influence du même organe sur le centre circulatoire, il y ait des altérations observées dans la circulation. Tout cela sera le produit et le caractère de la gastrite, à une seule condition, c'est que préalablement la gastrite elle-même existe, c'est-à-dire que l'estomac et ses dépendances soient le point de départ des accidens. Ce qui est presque toujours facile à juger par l'existence de troubles préalables dans les fonctions digestives, fonctions tout extérieures, et dont les moindres dérangemens frappent le malade et l'observateur même les moins attentifs.

On voit que je ne ménage pas l'espace à la gastrite, puisque je crois qu'une nuance de gastrite existe toutes les fois que l'estomac manifeste son altération au moins par quelque désordre fonctionnel local, et par quelques phénomènes généraux; puisque je la reconnais, non-seulement dans les cas où l'irritation des viscères est vive, franche et bien tranchée comme dans les gastrites par empoisonnement irritant; non-seulement quand elle est manifeste, quoique lente, par l'espèce d'exacerbation qu'elle prend sous l'influence de la moindre cause, comme dans la gastrite chronique; mais encore puisque je la crois très-réelle et très-appréciable dans les cas que l'on a appelés embarras gastriques, dans les indigestions, dans les fortes migraines et dans les phlogoses vives, aiguës ou chroniques de tous les organes, quand les phénomènes gastriques viennent compliquer une maladie quelconque. Le groupe gastrite qui comprend tout cela est un des groupes les plus abondans en maladies que nous ayons. Mais, à côté de ce groupement fondé sur les faits les plus nombreux de physiologie et de pathologie, nous ne devons pas perdre de vue non plus d'autres vérités non moins frappantes, c'est que dans toutes ces gastrites nous n'avons pas sous les yeux les mêmes choses, c'est surtout que quand nous mettons en parallèle les observations recueillies sur ces différentes sortes de gastrites, nous saisissons entre elles des différences telles que nous faisons naturellement des groupes secondaires, subdivisibles encore en d'autres groupes plus isolés jusqu'à chaque cas particulier, comme ils se présentent dans la pratique. C'est enfin que pour le traitement, tout en subordonnant le groupe général à l'idée gastrite, nous ne devons pas perdre de vue l'espèce particulière de gastrite à laquelle nous avons affaire.

En effet, certaines gastrites se présentent avec tous les phénomènes propres à l'irritation de l'estomac, sans rien de plus; il y a nausées, vomissemens, particulièrement quand on vient d'ingérer quelques substances alimentaires ou autres dans l'estomac; douleur à l'épigastre, soif, rougeur et sécheresse de la langue, chaleur de la peau plus développée que dans l'état normal, perte de l'appétit et des forces. C'est une de ces gastrites franches entre lesquelles il n'y a de différence, pour ainsi dire, que par le degré d'intensité; ce sont

celles qui guérissent le plus sûrement et le plus facilement à l'aide de la diète et des moyens dits antiphlogistiques adressés à l'estomac.

Mais, dans un très-grand nombre de cas, où les phénomènes propres à la gastrite sont moins purs de tout mélange, s'il est permis de s'exprimer ainsi, la gastrite plus moins intense existe toujours, mais combinée avec des états de l'organisme plus ou moins variables et compliqués. Ainsi, il y a gastrite dans les empoisonnemens par les substances minérales, et pourtant le traitement est subordonné à des idées chimiques ; il y a gastrite dans les empoisonnemens par les narcotico-âcres, quoique chacune de ces substances agisse d'une manière particulière sur la sensibilité de l'estomac, et en modifie d'une manière toute spéciale les fonctions, soit sous le rapport de la durée des phénomènes d'empoisonnement, soit sous le rapport de leur intensité, soit sous celui de leur nature, soit enfin sous celui des indications thérapeutiques. Telles sont les gastrites manifestées, quels que soient les accidens généraux, toutes les fois qu'il y a empoisonnement par ingestion de la digitale pourprée, de la belladone, des cantharides, etc. Il y a encore gastrite dans les cas où les phénomènes caractéristiques de cet état se manifestent sous l'influence d'une cause générale, comme dans les gastrites rhumatismales, goutteuses, éruptives, gastrites pour le traitement desquelles c'est moins peut-être la position du mal que sa cause prochaine qu'il faut saisir et étudier pour y opposer avec quelque succès les moyens que l'art met à notre disposition. Enfin, n'y a-t-il pas gastrite dans ces états particuliers où à un sentiment de plénitude douloureuse à l'estomac se joint une grande fatigue dans tous les membres, un grand dégoût des alimens, de fréquentes nausées, une soif assez considérable, en un mot, tous les phénomènes propres à l'inflammation légère de l'estomac, qu'il y ait ou non en même temps des désordres organiques ou fonctionnels dans d'autres appareils de l'économie, comme cela arrive dans une infinité de cas, que nous ne parcourrons pas ici, pour ne pas épuiser la patience du lecteur, et dont tout médecin peut trouver dans sa mémoire des exemples surabondans ?

Dans tout cela personne ne me semble contester aujourd'hui l'existence de la gastrite ; mais si j'ai choisi ces exemples exprès de telle sorte qu'on ne puisse leur refuser le titre de gastrites, je ne dois pas moins insister aussi sur cette remarque que si on se contentait de voir dans tout cela la gastrite simple telle que l'école physiologique la voulait faire, on ne manquerait pas de tomber dans un étrange embarras, et on ne tarderait pas à rencontrer dans les résultats d'un traitement identique, appliqué à tous les élémens de ce chaos, la preuve la plus frappante que rien n'est plus différent que toutes ces sortes de gastrites.

Croit-on en effet qu'il y ait au monde un médecin, ou systématique, ou même statisticien, assez endurci pour proposer le même traitement dans tous les cas que nous avons pris pour exemples? Ne les voyons-nous pas toujours au contraire chercher dans la pratique, pour chacun de ces cas, quelque loi qu'ils puissent invoquer avec plus de sûreté que celles de leurs chiffres ou de leurs systèmes? Chacun n'a-t-il pas soin comme nous de varier ses moyens thérapeutiques, suivant qu'il trouve en face de lui une gastrite franche, aiguë ou chronique, une gastrite avec narcotisme ou avec destruction spéciale des tissus de l'estomac, une gastrite saburrale, une gastrite dépendante de quelque affection générale, comme d'une fièvre éruptive, d'une fièvre intermittente, du rhumatisme ou de la goutte? Et n'a-t-on pas dans cette variabilité nécessaire du traitement une démonstration suffisante des différences que je veux établir entre ces gastrites?

D'abord, il est toujours possible de les distinguer les unes des autres ; si elles ont certains signes communs, signes qui les constituent gastrites, elles ont toutes quelque chose de particulier qui détermine leur spécialité. Il n'est pas ne médecin qui se laisse prendre à les confondre, sinon au premier coup-d'œil, au moins après un examen attentif de quelques instans, ou au plus de quelques jours. Or, de ce qu'il y a des différences entre ces gastrites, différences non-seulement superficielles, non-seulement d'intensité, mais différences capitales, différences de nature intime, différences telles qu'elles se comporteront chacune à leur manière vis-à-vis des mêmes agens thérapeutiques, n'est-il pas manifeste que l'idée de gastrite est loin d'être une et simple? Ne s'ensuit-il pas aussi que les indications du traitement peuvent très-bien différer dans les différens cas que nous venons de citer pour exemples? Ne s'ensuit-il pas enfin que, soit à l'étranger, soit dans des temps divers et des lieux plus ou moins éloignés, des traitemens différens aient pu et puissent être avec succès opposés à cette *gastrite*, parce qu'on partirait ou qu'on serait parti moins de la considération du siége de la maladie, et de sa nature inflammatoire, que de la considération de sa cause prochaine et des indications que la nature intime de cette cause devait fournir pour le traitement? N'est-ce pas là que sont arrivés en réalité, au milieu de leurs divagations théoriques, les bons observateurs de tous les temps, de tous les lieux? N'est-ce pas de ce double ordre de faits que dans une thérapeutique raisonnable et non systématique, nous devons puiser désormais les plus actives de nos indications de pratique? Avec des systèmes exclusifs nous prendrions exclusivement nos moyens de traitement dans un seul ordre d'agens ; ainsi, dans le temps de l'asthénie, on cherchait à fortifier, dans le temps de la gastrite, on recourait exclusivement aux antiphlogistiques ; dans les opinions à maladies spécifiques on se hâtait d'employer les spécifiques à la mode : avec une manière de voir plus large et plus philosophique, nous procéderons plus sagement, en prenant les choses comme elles sont et pour ce qu'elles sont. Nous ne croirons plus avoir tout dit et tout fait quand nous aurons prononcé le mot gastrite ; nous ne le considérerons plus comme une chose entraînant fatalement après soi toutes les déductions de l'école physiologique ; mais, en faisant la part que la considération de l'excitation mor-

bide doit avoir dans les indications du traitement, nous porterons notre vue plus loin et nous nous demanderons quels caractères particuliers marquent cette gastrite? Elle est gastrite, parce qu'il y a douleur locale augmentant par la pression; réaction fébrile plus ou moins considérable; intolérance absolue de l'organe pour tout ce qui exige de sa part un travail fonctionnel; envie de vomir presque continuelle; défaut d'appétit, soif intense; mais elle est plus que cela, à moins qu'il n'y ait en même temps absence d'altérations dans d'autres parties ou d'autres organes plus ou moins importans; elle est encore, et surtout, ce que la font les complications dont elle est accompagnée et dont elle dépend, soit que ces complications dérivent de la nature de la maladie, de sa cause, de sa conséquence probable, ou enfin de la constitution particulière du sujet, du moment où il en est pris. Eh bien! aucun praticien ne contestera que dans la gastrite aiguë, franche, simple, le traitement antiphlogistique démontre ses plus grands avantages; là triomphe véritablement le traitement antiphlogistique local. A quel médecin a-t-on besoin de faire remarquer que, dans la simple gastrite chronique, le régime bien réglé devient le remède par excellence? que dans la gastrite avec prédominance des phénomènes nerveux, celle qu'on nomme gastralgie, les antiphlogistiques et le régime perdent presque toute valeur thérapeutique, et doivent céder la place aux moyens propres à calmer la sensibilité trop exaltée de l'organe, à l'opium et à ses préparations? que dans la gastrite compliquée d'accidens cérébraux, comme dans les empoisonnemens par les substances narcotico-âcres, les antiphlogistiques, applicables dans une certaine mesure et seulement sous le point de vue de l'irritation, ne peuvent tenir lieu d'autres moyens appelés en outre à concourir au traitement, soit parce qu'ils décomposent et annulent en quelque sorte le venin introduit, soit parce qu'ils travaillent physiologiquement à mettre les organes hors de l'atteinte des substances vénéneuses? que dans la gastrite rhumatismale, dans la gastrite goutteuse, la nature particulère du mal fournit sa part d'indications d'une manière aussi précise, pour le moins, que les phénomènes inflammatoires développés en même temps, tellement que ces gastrites ne se comportent pas comme toutes celles dont nous avons jusqu'ici parlé, vis-à-vis des agens antiphlogistiques, narcotiques, spécifiques, etc.; mais au contraire, tout en subissant la loi de ces agens, quand on les leur oppose, gardent néanmoins toujours quelque chose de propre aux causes prochaines dont elles dérivent?

Que n'aurions-nous pas à dire sur les gastrites toutes spéciales qui résultent d'autres maladies! sur celle qui dépend d'une altération organique du cœur; sur celle qui est le produit d'une fièvre intermittente prolongée; sur celle qui se complique de productions anormales sans analogues dans l'économie à l'état sain; sur celles qui sont accompagnées d'embarras divers, muqueux ou bilieux des veines digestives. Est-il un seul médecin qui ne regarde toutes ces considérations comme autant de sources des plus importantes indications? soit qu'on regarde l'irritation comme le caractère prédominant de l'affection, soit qu'on trouve plus d'importance à l'état saburral des premières voies, soit qu'on s'attache plus aux conséquences possibles de ce qui existe, il est toujours vrai que les indications capitales surgissent de ces considérations; il est toujours vrai que le succès est le prix de la sage appréciation de toutes ces circonstances; il demeure évident que l'étude de toutes ces analogies suivant leur ordre d'importance, doit être l'étude continuelle du médecin.

Ainsi donc la gastrite, comme toutes les affections, se range dans la classification générale que nous avons posée en principe. Ni tout ce qu'on a fait depuis trente ans pour l'inféoder à un système, ni tous les efforts auparavant consacrés à la rattacher à des systèmes moins avancés, ni tous les travaux entrepris pour forcer les maladies à se placer sous les lois inflexibles de l'arithmétique; rien de tout cela ne peut dérober la gastrite au joug que toute maladie doit subir; la raison de tous les temps et de tous les lieux l'y ramène sans cesse, et, à défaut de la raison, la dure loi de l'expérience et de la nécessité l'y rejette; soit comme loi générale partant d'un principe pour aller aux conséquences, soit comme application, partant d'un fait de détail pour remonter au principe moteur, toujours et partout se vérifie la loi des analogies par ordre d'importance. La gastrite, naguère universelle, n'y échappe en définitive pas plus que les maladies sur lesquelles l'éclectisme s'est le plus exercé.

S. Sandras.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Observations pharmaceutiques diverses; par M. Mialhe, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine (1).

Examen des formes des médicamens. — Les matières très-variées qui constituent l'abondance, trop souvent stérile, de la thérapeutique, sont, comme on sait, rarement employées vierges de toute manipulation; le plus souvent, au contraire, on leur fait subir des modifications ou des réactions chimiques plus ou moins complexes, qui en facilitent l'admistration ou en modifient les propriétés. De là la création d'un assez bon nombre de formes pharmaceutiques que les praticiens se sont plu à imaginer, dans le but de remplir ces précieux avantages. Mais de ce que le pharmacien peut donner à une drogue médicinale un grand nombre de formes, faut-il pour cela que le praticien, qui met en vogue telle ou telle substance, s'efforce avant tout, comme on en a des exemples, de lui faire subir tous les genres de préparations qui sont à sa disposition? Non, sans doute! Et l'art de ne faire éprouver à chaque substance que les manipulations qui conviennent à sa nature propre,

(1) Extrait d'une thèse présentée à l'école de pharmacie.

constitue l'une des parties les plus utiles de l'art de guérir.

Mais, s'il faut convenir que c'est là l'une des parties les plus difficiles de la pharmacologie, il est juste aussi d'avouer que c'est malheureusement l'une des plus négligées. Il me suffira, je crois, de citer quelques formules à l'appui de ce que j'avance pour faire sentir la vérité de mes réflexions.

Poudre dentifrice au sulfate de quinine.—Cette formule a été proposée pour remplacer les poudres dentifrices au quinquina, et pourtant les praticiens savent que c'est au tannin, bien plus qu'aux alcalis du quinquina que cette écorce doit ses propriétés odontalgiques.

Chocolat à l'iodure de fer. — C'est le proto-iodure de fer qui entre dans cette composition, et cependant il est plus que probable que le malade ne fait usage que du sous-périodure.

Vin d'aloës. — Il suffit d'avoir goûté une seule fois l'aloës pour être persuadé que l'administration de cette préparation pharmaceutique doit être au moins fort désagréable.

Est-il rationnel d'avoir inventé des pastilles à la rhubarbe, au sulfate de quinine, etc.? Ces pastilles n'ont-elles pas été créées contre l'esprit de l'institution de cette forme médicamenteuse, qui ne doit compter que des médicamens de pur agrément?

Voilà, je pense, suffisamment d'exemples de préparations incohérentes, et cependant je n'en ai puisé aucun dans le chapitre des médicamens chlorurés, qui en fourmille, ni dans celui qui a trait à la kréosote, qui ne lui cède en rien.

Poudre de limaille de fer. — Le fer pur étant un métal très-difficilement pulvérisable, ne pourrait-on pas lui substituer l'acier trempé, qui se pulvérise sans trop de difficultés? les quelques millièmes de charbon qu'il contient ne me paraissent pas constituer un empêchement à cette substitution.

Sucs acides (clarification). — A l'inconvénient que les sucs de pommes, de coings, offrent de se troubler de nouveau après plusieurs filtrations successives, quand on les clarifie par les amandes, il faut en joindre deux autres : le premier, c'est de faire perdre à ces sucs la couleur qui leur est propre; et le second, c'est de leur communiquer une saveur prussique, attendu qu'il est très-difficile de rencontrer des amandes douces entièrement exemptes d'amandes amères, et qu'il suffit de la présence d'une seule de ces semences pour communiquer cette saveur à une grande quantité de suc.

Looch blanc. — L'expérience m'a depuis longtemps appris qu'il est préférable de battre l'huile d'amandes douces, qui fait partie du looch du Codex, avec les amandes, au lieu de l'ajouter au mucilage, comme le recommandent les auteurs. On obtient ainsi une émulsion très-bien liée, et qui, après l'addition de la gomme adragante, donne un médicament de la plus grande blancheur.

Teintures alcooliques. — Les teintures alcooliques constituent un genre de médicamens, utiles sans doute, mais qui dans plusieurs cas seraient avantageusement remplacés par les alcoolatures. Il est même des plantes qui, employées sèches, donnent des teintures qui n'ont d'autre action que celle d'une liqueur hydro-alcoolique simple; tandis que ces mêmes végétaux, pris dans l'état de fraîcheur, fournissent des alcoolatures d'une très-grande énergie, et qu'il convient d'employer avec circonspection.

Le Codex a réduit, comme on le sait, à trois les degrés de l'alcool qui doit servir à la préparation des teintures. Cette manière d'agir me paraît assez arbitraire; car il y a tout lieu de penser que, si des expériences avaient été faites à ce sujet, on se serait sans doute convaincu qu'il y a trop loin de 22 à 32 degrés, et que la nature de telle ou telle substance aurait réclamé un degré intermédiaire. Mais, en supposant qu'on s'en tienne toujours seulement à ces trois degrés d'alcool dans la préparation des teintures, il conviendrait au moins de réviser leur classification, attendu qu'il est des substances faisant partie des teintures à 22° qui me sembleraient mieux placées parmi celles préparées avec de l'alcool à 32°, et *vice versâ*. Je trouve, par exemple, le jalap et le gayac, substances éminemment résineuses, parmi les teintures à 22°, et la digitale et l'aloës parmi celles à 32°. Je laisse aux praticiens le droit de décider si ces exemples confirment ou non la pensée que je viens d'exprimer.

Eau de laurier-cerise — L'eau de laurier-cerise constitue un médicament variable dans sa constitution chimique et partant un mauvais médicament, qui devrait peut-être être rayé de la matière médicale. Cette variation de constitution tient à plusieurs causes : 1° de ce que tous les praticiens ne retirent pas la même quantité d'eau à la distillation; 2° de l'âge et de l'époque de la végétation et sans doute aussi de la température de l'année; 3° de l'époque plus ou moins éloignée de sa préparation.

Toutefois, il n'est peut-être pas sans intérêt de faire remarquer que cette eau prussique se conserve sans altération bien apparente, infiniment plus longtemps que ne le ferait une solution aqueuse d'acide hydrocyanique renfermant la même quantité d'acide réel. J'ai cru trouver l'explication de ce phénomène dans une donnée d'Ittner : ce chimiste a vu une solution d'acide prussique dans une huile essentielle se conserver indéfiniment sans subir la moindre altération. Or, comme dans les eaux prussiques une huile volatile accompagne toujours l'acide hydrocyanique, ne se pourrait-il pas que ce fût à sa présence que l'acide cyanhydrique dût sa stabilité? Si le phénomène rapporté par le chimiste précité est parfaitement exact, ne pourrait-on pas utiliser cette propriété en conservant l'acide prussique pour l'usage de la médecine, dans une huile de peu d'action sur l'économie, telle, par exemple, qu'une huile des hespéridées ou des labiées?

Puisqu'il est bien démontré, cependant, que l'eau de laurier-cerise n'a pas et ne peut avoir toujours le même degré d'action, ne serait-il pas possible de remplacer cet hydrolat par de l'eau distillée d'amandes amères,

que l'on pourrait se procurer en tout temps et dans un état plus voisin d'identité? C'est aux médecins, auxquels je soumets cette idée, d'en assigner la valeur par l'expérience.

Eaux distillées (conservation). — Les eaux distillées, contre l'opinion de quelques pharmacologistes, ne doivent jamais être conservées que dans des vases qui bouchent hermétiquement. Mais quand on fait usage de bouchons de liége, il convient de prendre la précaution de les recouvrir avec une feuille d'étain. Par ce moyen on empêche que les vapeurs de l'eau ne viennent faire moisir le bouchon, et que l'eau elle-même ne contracte l'odeur de moisi, comme cela arrive assez fréquemment. C'est cet inconvénient des bouchons non couverts, qui, mal interprété, avait fait croire à nombre de praticiens estimables qu'il était préférable de ne boucher les bouteilles d'eaux distillées qu'avec un simple bouchon de papier.

Huiles essentielles (préparation). — Tous les ouvrages de pharmacologie s'accordent sur la nécessité de retarder le point d'ébullition de l'eau dans la préparation de certaines huiles essentielles et cependant ce n'est d'aucune utilité, ainsi que je m'en suis convaincu par l'expérience.

J'ai placé une once d'essence de térébenthine dans huit onces d'eau distillée. J'ai soumis le tout à la distillation, et, quand la moitié du mélange a été distillée, je l'ai placé dans un tube gradué et j'ai marqué la quantité d'essence obtenue. J'ai fait une seconde expérience, en tout semblable à la première, mais avec de l'eau saturée de sel marin. J'ai reçu la même quantité de liquide distillé, et j'ai trouvé qu'il ne renfermait pas plus d'huile volatile que celui de la première opération, bien qu'ayant mis plus de temps à passer à la distillation, phénomène qui, s'il est constant, pourrait être attribué à l'affinité réciproque de l'eau et du sel.

Ce résultat eût paru extraordinaire et tout à fait inexplicable avec les belles expériences de Rudberg; maintenant on a pu le prévoir, et l'expérience n'a fait que sanctionner la prévision.

On m'objectera peut-être, que n'ayant point fait l'expérience avec une huile plus dense que l'eau, je ne puis rien conclure de mes résultats? Mais je fais observer que les points d'ébullition de l'eau et de l'essence de térébenthine sont encore assez éloignés l'un de l'autre pour que la solution saline eût facilité la distillation de l'essence, si de semblables dissolutions avaient en effet le pouvoir d'augmenter la force ascensionnelle des huiles volatiles.

Nouvelles réflexions sur la préparation de la pâte de Lichen d'Islande.

Monsieur le rédacteur, bien que le procédé que vous avez publié dans l'un des derniers numéros de votre estimable journal, pour la préparation de la pâte de lichen, soit à peu près généralement suivi par tous les pharmaciens, il me paraît cependant susceptible d'une modification plus importante que celle proposée par M. L. Pille, et qui consiste à remplacer par du sucre l'huile dont on se servait pour couler la pâte sur une table de marbre; car la pâte préparée par ce procédé est terne, opaque, d'un aspect peu agréable, et susceptible de se dessécher très-promptement à cause des bulles d'air introduites par l'agitation.

Pour obvier à ces inconvéniens, et pour obtenir une pâte transparente, d'une belle couleur blonde, pouvant se conserver longtemps sans se durcir, je proposerais de la préparer désormais de la manière suivante :

Pr.	Lichen d'Islande mondé.		livre j.
	Gomme arabique.	} aa.	livre ij/ß
	Sucre en pain.		
	Eau de fleurs d'oranger.		℥ iv.

Faites bouillir le lichen, pendant environ cinq minutes dans quantité suffisante d'eau dans laquelle vous aurez ajouté vingt grains de sous-carbonate de potasse; jetez cette eau, lavez bien le lichen, et faites ensuite, dans une nouvelle quantité d'eau, une très-forte décoction que vous passerez avec expression au travers d'un linge; d'autre part, faites dissoudre la gomme dans le moins d'eau possible, ajoutez le sucre, et, après solution, passez; mêlez cette solution gommo-sucrée au décoctum de lichen, faites évaporer à une douce chaleur jusqu'en consistance de pâte très-molle; mettez-la alors au bain-marie en y ajoutant l'eau de fleurs d'oranger; entretenez la chaleur pendant quelques heures, pour permettre aux écumes et aux bulles d'air interposées par l'agitation de gagner la surface du vase; après le refroidissement, enlevez cette écume, versez la pâte dans des moules à pâte de jujubes très-légèrement huilés, et portez à l'étuve pour lui donner la consistance de cette dernière pâte.

Cette formule, qui fut à peu près proposée par MM. les rédacteurs du *Journal de pharmacie*, t. X, p. 608, ne fut généralement pas adoptée par les pharmaciens, dans la crainte, sans doute, que cette pâte ainsi préparée ne pût être remplacée chez les confiseurs par une pâte de gomme; mais cette crainte est sans fondement, car il est possible de donner à la pâte de gomme l'aspect de la pâte de lichen, dont la saveur particulière ne laisse d'ailleurs aucune prise à cette substitution.

G. D.

N° 20. — 30 Oct.

Du tétanos et de son traitement.

En réfléchissant aux dissidences qui règnent aujourd'hui sur les traitemens applicables à certaines maladies, même à celles réputées les mieux connues, on est porté à penser que dans les phénomènes les plus patens de l'organisme, il est des élémens qui nous échappent et dont la connaissance trancherait sans doute ces interminables discussions où la théorie tend sans cesse à

violenter les faits, lors même que l'amour-propre ou la mauvaise foi ne cherchent pas à les dénaturer. En scrutant les causes des résultats si divers obtenus par des praticiens dont la probité scientifique nous est le moins suspecte, nous sommes arrivés à cette conclusion que nécessairement la nature possède plusieurs voies pour conduire au même résultat, et que des faits antipathiques en apparence peuvent néanmoins être compris, à l'aide de certains principes avoués par tous les gens de l'art : c'est ainsi que l'inflammation, ce phénomène morbide dont les caractères extérieurs sont si connus, cède à des moyens très-divers et souvent opposés dans leur mode d'action directe, suivant les applications qu'on sait en faire. Ainsi, les évacuations sanguines, les astringens, les dérivatifs conduisent dans bien des cas au même but. C'est qu'en thérapeutique il est deux termes essentiels à considérer : 1° l'instrument mis en œuvre ; 2° la main qui le dirige. Car un instrument bon en lui-même peut être fatal dans des mains inhabiles, et *vice versâ*. Cet axiome de chirurgie nous paraît entièrement applicable à la médecine. Tel est le texte que nous nous proposons de développer, en nous appuyant sur des faits, à l'égard, par exemple, du traitement de l'affection typhoïde par les débilitans, les excitans, les purgatifs, etc. Il s'agit aujourd'hui d'un tétanos qui, après avoir résisté à l'emploi de divers moyens rationnels, a cédé au plus empirique des remèdes. Un mot vient de nous échapper que nous voudrions voir rayer du vocabulaire philosophique de l'art : le mot *empirisme*, en effet, n'est que l'expression de notre ignorance, car tout phénomène physique a sa cause *rationnelle* dans la nature ; or, c'est cette cause qu'il faut s'attacher à découvrir. Quelque insoluble que paraisse parfois le problème, ne désespérons pas de l'avenir de l'art et de la puissance de l'esprit humain.

L'observation que nous allons produire paraîtra peut-être un peu longue ; mais il faut que le lecteur passe par toutes les péripéties où nous avons passé nous-mêmes : établir les motifs de ses déterminations est le meilleur moyen d'instruire les hommes qui aiment à réfléchir et à se rendre compte de leurs actions.

Tétanos dit spontané, traité sans succès par divers moyens rationnels, et guéri par les frictions mercurielles.

Caroline Hupsmidt, vingt-cinq ans, taille moyenne, constitution forte et sanguine, peau brune, cheveux noirs, profession de domestique, s'était toujours bien portée, lorsqu'il y a trois jours (17 juin), ayant pris une boisson froide après le travail, elle ressentit du frisson suivi de chaleur, de sueur, puis de douleur, de roideur dans les lombes, et de contraction intense dans les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, au point de ne pouvoir entr'ouvrir la bouche. Les tentatives de flexion du tronc déterminaient de vives douleurs dans le dos. Elle entre à la clinique le 20 juin 1836.

Le trismus est très-prononcé ; les muscles de la face sont contractés vers le centre ; les yeux sont très-sensibles à la lumière, les pupilles rétrécies, les paupières mobiles ; douleur et roideur considérables dans les muscles de la nuque et du dos. La région dorso-lombaire est cambrée (opistothonos), et ne porte pas sur la couche ; lorqu'on soulève la tête, le tronc est élevé d'une seule pièce. La douleur s'étend à l'épigastre et augmente à la pression qui réveille de légers spasmes. Néanmoins les membres sont libres et flexibles. Céphalalgie passagère, sans vertiges ni délire, abattement moral ; chaleur intense de la peau ; pouls large et fréquent ; sentiment de pression à la région précordiale ; soif ; la malade dit avoir de l'appétit, mais la mastication est impossible ; déglutition libre, constipation, urines rouges, mais faciles ; sueurs continuelles. La respiration est naturelle ; les règles ont eu lieu il y a six jours. On lui a fait une saignée en ville. Un tel appareil de réaction, en indiquant la nature présumée de la maladie, indiquait en même temps, surtout chez un sujet de cette constitution, l'emploi des antiphlogistiques, puis celui des narcotiques dans le but de calmer l'éréthysme nerveux. Nous prescrivons : *saignée de vingt onces, vingt-cinq ventouses scarifiées sur la région lombaire* (1) ; *extrait d'opium, six grains* (un grain de deux en deux heures) ; *infusion de tilleul*. Le sang de la saignée offre un caillot volumineux, sans couënne.

Le 21, même état : pouls large et dur, à 120 ; chaleur, sueurs abondantes, insomnie : *trente ventouses scarifiées* au rachis, *dix grains d'opium*. Par surcroît de moyens, nous prescrivons un *bain alcalin* (carbonate de soude ℥ iv) : elle y reste trois quarts d'heure ; l'anxiété précordiale augmente ; cependant les douleurs lombaires paraissent diminuées ; les sueurs continuent.

Le 22, même état : contractions brusques, violentes des lombes, avec vives douleurs irradiant à l'épigastre ; l'appareil tétanique persiste avec la même intensité. Pouls fréquent, résistant ; oppression, constipation, sueurs, éruption miliaire rouge sur la poitrine et les bras : *saignée de dix onces ; opium, dix grains ; bain alcalin* ; *tilleul*.

Le 23, même état : *trente ventouses scarifiées* au rachis ; *opium, dix grains* ; contre la constipation : *pilules laxatives* (avec calomel, résine de jalap, savon médical *aa* gr. vj.)

Le 24, une selle. Douleur et tension à l'épigastre ; oppression. La rigidité dorso-lombaire paraît moindre, mais les secousses continuent à de courts intervalles. La peau est toujours chaude, sudorale, le pouls dur et fréquent : *vingt-cinq ventouses scarifiées* à la région précordiale ; *opium, dix grains ; calomel six grains ; bain tiède*. (En sortant du bain, elle a pu se recoucher seule.)

Le 25, la malade se dit mieux ; mais la rigidité de la mâchoire, de la nuque, des lombes persiste et paraît même s'étendre aux extrémités inférieures. Secousses

(1) Les ventouses scarifiées, telles qu'on les emploie à Strasbourg, n'équivalent pas chacune à l'application d'une bonne sangsue.

spasmodiques; pupilles contractées; constipation; pouls dur, fréquent; sueurs: *saignée de douze onces; opium, dix grains; pilules laxatives* (ut suprà); *bain.*

Le 26, même état: secousses douloureuses, pouls fréquent, face grippée; ventre dur, sensible; constipation de quatre jours. Nous tentons alors d'associer le *camphre* a l'*opium, de chaque dix grains; bain; vésicatoire entre les épaules,* dans le but de dériver l'irritation spéciale et d'appliquer la morphine. Le soir, la malade dit avoir un peu de rémission, elle se plaint de douleur à la langue qu'elle sent faire saillie entre les mâchoires. (Celles-ci n'ont jamais été complétement serrées, quoique roides et douloureuses.) Nous croyons apercevoir des aphtes mercurielles.

Le 27, deux selles; toujours peau chaude, pouls développé, à 124, face contractée: pilules de *camphre* et d'*opium; saupoudrer le vésicatoire d'un grain d'acétate de morphine, matin et soir; bain prolongé; tisane de tamarin* ℥ j.

Le 28, elle a eu des rêvasseries dans la nuit; face pâle, contractée; spasmes lombaires éveillés par le mouvement; céphalalgie; bouche douloureuse; pouls à 120; la miliaire persiste. L'insuffisance des moyens précédens et l'intégrité de l'appareil digestif, à part la douleur mercurielle de la bouche, nous engagent à tenter l'*acétate d'ammoniaque* une once, dans *infusion de tilleul* quatre onces, *sirop d'écorce d'oranges* une once.

Le 29, peu de rêvasseries; somnolence; douleur et contractions moins vives, yeux sensibles, pupilles contractées; la langue sort mieux de la bouche; constipation; toujours pouls large et fréquent; sueurs; miliaire; potion avec *acétate d'ammoniaque*; *lavement laxatif* (séné, sulfate de soude; de chaque, demi-once); *bain* prolongé.

Le 30, la tête paraît libre, sauf un peu de céphalalgie; spasmes plus rares; bouche douloureuse: un peu d'angine; pouls dur et fréquent: potion avec *acétate d'ammoniaque; bain; chiendent acidulé.*

Le 1er juillet, dixième jour de l'entrée, treizième de la maladie, rêvasseries, délire pendant la nuit; spasmes plus rares; elle ouvre mieux la bouche; la langue offre de petites ulcérations; pouls dur et fréquent; nous redoutons la méningite: *vingt sangsues derrière les oreilles.* Le soir, l'état du pouls, la chaleur, la somnolence nous engagent à prescrire une cinquième *saignée de neuf onces.* Mais après la saignée, délire violent, la malade veut sortir de son lit et de l'hôpital; l'agitation dure jusqu'à minuit, puis deux heures de sommeil.

Le 2, état paisible, peu de spasme; la malade peut s'asseoir, bien qu'avec peine; la bouche s'ouvre à demi, mais la déglutition est gênée; bourdonnemens d'oreilles; vertiges quand elle se soulève; diarrhée; affaissement. L'état nous paraît des plus graves: *sinapismes aux jambes; frictions mercurielles sur le rachis* (deux gros, trois fois par jour). Dans la soirée, délire complet, loquacité incohérente, rire sardonique, lèvres contractées, œil égaré, facies hébété, carphologie, pouls fréquent et serré. Le pronostic se rembrunit: *un grain de musc,* d'heure en heure; *compresses acéteuses* sur le front; frictions de *pommade de belladone* sur les régions temporales qui sont douloureuses.

Le 3, dans la nuit, insomnie, agitation, délire. Ce matin, affaissement, pâleur, air égaré, carphologie: *bain chaud,* pendant lequel on fera des *affusions froides sur la tête; cataplasmes sinapisés* aux jambes.

Le 4, le délire agité a reparu la nuit et persiste ce matin; carphologie, soubresauts des tendons, affaissement considérable; cependant, chaleur de la peau, pouls fréquent, dur, mais peu développé. La méningite marche: *deux grains de calomel,* de deux heures en deux heures; *bain* avec *affusions froides.* On place un nouveau *vésicatoire à la nuque* (l'autre est sec depuis longtemps). Le soir, agitation extrême, spasmes des tendons, carphologie; en même temps, état comateux; peau chaude, pouls vif: nous risquons *dix sangsues derrière les oreilles.*

Le 5, l'ataxie a persisté, mais l'abattement augmente; pouls petit et fréquent; diarrhée. La catastrophe est imminente. Dans cet état désespéré, nous hasardons, sans trop savoir dans quel but, les *frictions mercurielles,* à haute dose (une once en trois fois), sur les cuisses; *lavement narcotico-émollient.*

Le 6, la malade a déliré toute la nuit; elle s'est fait une petite plaie à la tête en tombant de son lit. Ce matin, elle est assez tranquille. Depuis plusieurs jours, les lombes sont flexibles; les spasmes sont rares, mais la mâchoire est toujours roide et douloureuse; la miliaire est en desquamation depuis quelques jours que les sueurs ont cessé. Il y a déjà commencement de salivation, due sans doute aux frictions, le calomel pris antérieurement n'ayant produit que de la douleur avec ulcérations buccales: *frictions mercurielles* (une once).

Le 7, le délire nocturne a été moindre; état d'hier; éruption de quelques pustules d'ecthyma aux doigts des mains; pouls petit, mais fréquent; faiblesse extrême: *frictions mercurielles.*

Le 8, amélioration croissante: idées nettes, mouvemens libres, peau fraîche, pouls peu fréquent, point de diarrhée; le ptyalisme est établi: *frictions mercurielles; gargarisme* avec *alun* (demi-gros) et *oximel* (une once).

Le 9, très-peu de délire nocturne, sommeil calme. Ce matin, visage épanoui, légèrement coloré, état général satisfaisant; mâchoire toujours un peu douloureuse aux articulations: *frictions mercurielles, gargarisme aluminé.*

Le 10, point de délire, sommeil paisible, idées riantes, mouvemens libres; deux selles naturelles. On ouvre plusieurs pustules suppurées aux doigts. La malade demande à manger. Ainsi s'établit la convalescence, le vingtième jour de l'entrée à l'hôpital, vingt-troisième de la maladie: *supprimé les frictions mercurielles; gargarisme aluminé;* frictions de *pommade de belladone* aux régions temporales; *un grain d'opium,* le soir; *soupe au riz.*

Les jours suivans, les forces reviennent par degrés; la salivation diminue; la mâchoire, moins douloureuse,

reprend sa liberté. La malade sort, le 19 juillet, complétement rétablie de sa longue et périlleuse affection.

Ainsi, vingt-trois jours de maladie, pendant lesquels cinq saignées, l'équivalent de cinquante sangsues environ, évacuations représentant de neuf à dix livres de sang; opium à haute dose, bains alcalins, bains simples, camphre, acétate d'ammoniaque, calomel, musc, affusions froides, vésicatoires, telle est la série de moyens énergiques auxquels la maladie a résisté, pour céder merveilleusement aux frictions mercurielles administrées, à la dose d'une once, pendant cinq jours....

Si l'on considère la constitution du sujet, la cause du refroidissement, et surtout ces signes de méningite encéphalique qu'il est si naturel de considérer comme due à l'extension de la maladie du prolongement rachidien, on ne pourra se refuser à reconnaître la nature irritative de cette affection. Cette idée de l'essence du tétanos est celle qui a dominé depuis Hippocrate, qui considérait cette maladie comme de nature *chaude;* c'est celle de la plupart des médecins français et italiens, de Sparenza, entre autres, qui a produit une si belle monographie du tétanos. Cette opinion résulte de ces épanchemens, injections, ramollissemens observés sur le cadavre par une foule d'auteurs et par nous-mêmes. Si les observations négatives, celles où l'on n'a trouvé aucun désordre appréciable, ne prouvent pas directement la phlegmasie, prouvent-elles mieux toute autre chose? Mais de ce que le tétanos est, vraisemblablement, un produit de l'irritation, s'ensuit-il qu'il doive toujours céder aux antiphlogistiques? Des faits multipliés prouvent le contraire; l'opium, le camphre, etc., comptent des succès; la *Gazette médicale* a dernièrement publié un cas de guérison par la rubéfaction dorsale de M. Petit. Et combien ne voyons-nous pas de phlegmasies manifestes : ophthalmie, angine, érysipèle, rhumatisme, voire même des phlegmasies internes : pneumonie, péritonite, hépatite, etc., résister aux antiphlogistiques? Si les évacuations sanguines étaient le seul remède approprié, elles devraient toujours guérir ou du moins soulager. C'est ce qui a fait dire, plus haut, que, dans les affections les plus patentes, parfois certains phénomènes nous échappent. Néanmoins, qu'on n'aille pas fausser notre pensée : les saignées sont, dans la plupart des phlegmasies, un remède héroïque; mais, en cas d'insuccès, il faut en chercher d'autres, qui souvent ne réussissent pas mieux. Dans le cas actuel, après bien d'autres tentatives, c'est le mercure qui a triomphé; peut-être eut-il échoué au début, et son action a-t-elle été préparée par les évacuations sanguines? Question insoluble; mais d'autres faits proclament les propriétés antiphlogistiques de ce remède, faits nombreux, publiés dans ce journal, où nous-mêmes, nous avons, un des premiers, proclamé l'efficacité des frictions mercurielles dans les phlegmasies séreuses aiguës Ce qui fait de la pratique l'art le plus difficile, c'est précisément de saisir, à l'aide du tact médical, l'occasion et le moment d'employer tel remède, de le substituer à tel autre. Sans doute il y a du bonheur dans certaines inspirations, et, en conscience, nous ne pouvons nous faire honneur du succès dans le cas actuel; mais ce bonheur n'arrivera qu'à celui qui, sans s'obstiner dans les voies malheureuses, saura le mieux varier ses moyens, suivant les résultats observés.

La moralité qui surgit de ce qui précède, c'est que la pratique est une école de tous les instans; c'est que l'inflexibilité des systèmes est une source d'erreurs et de calamités; c'est que le vrai praticien doit épier, *couver* sans cesse la maladie, *naturæ minister et interpres*, pour en suivre les phases, les déviations, et s'y conformer, sans idée préconçue. Or, ce grand art ne s'apprend que dans le livre de la nature.

FORGET,

Professeur de clinique médicale à la faculté de Strasbourg.

CHIMIE ET PHARMACIE.

—

Du carbonate de soude considéré comme antidote des sels métalliques toxiques.

Les empoisonnemens par les sels métalliques se présentent si souvent et il est quelquefois si difficile de trouver immédiatement un médecin, surtout dans les campagnes, pour combattre ces accidens et en reconnaître les causes, qu'un moyen général, mis à la portée de tous et pouvant être employé d'abord par tous, a dû souvent exercer l'esprit des toxicologues. C'est dans ce but que j'ai fait les expériences dont je vais parler; et, comme elles me paraissent avoir confirmé le principe dont j'étais parti, je n'hésite pas à les publier immédiatement. Établissons d'abord ces questions :

1° Un corps absolument insoluble n'est point vénéneux, car il ne peut être absorbé.

2° Si un sel métallique a été ingéré, et si l'on parvient à le rendre insoluble dans le canal intestinal lui-même, l'empoisonnement n'aura point lieu.

Telles sont les règles qui, jusqu'à ce jour, ont servi de base à la toxicologie métallique; mais il est plus difficile qu'on ne pense de rendre un sel insoluble dans les viscères. En effet, ceux-ci renferment des acides libres (lactique, acétique, hydrochlorique, etc.), dans l'état normal, et ces acides libres peuvent redissoudre en partie les corps précipités; aussi obtient-on bien rarement un succès complet. Il ne suffit donc pas de précipiter le sel métallique, il faut encore empêcher qu'il ne se dissolve de nouveau. En d'autres termes :

Après avoir précipité le sel métallique, il faut neutraliser l'action des acides libres produits par le viscère;

et, comme la production de ces acides libres est constante,

Il faut que la neutralité soit maintenue tant que le sel métallique se trouve en contact avec les muqueuses.

Ceci posé, il restait à trouver un corps qui pût être

ingéré à une assez haute dose sans occasionner d'accidens graves, et qui eût la propriété de précipiter la plus grande partie des sels métalliques, et de neutraliser en même temps l'action des sucs gastriques. Ce corps est, je crois, le *carbonate de soude.*

Quelques précipités cependant, tels que le carbonate de deutoxide de mercure, peuvent s'y redissoudre, mais *en quantité très-minime;* et au moins dans ce cas l'action toxique est diminuée, et l'on a du temps devant soi.

Le carbonate de soude doit atténuer l'action des sels barytique et plombique, dont, du reste, le seul contre-poison sera toujours un sulfate soluble.

Le protochlorure de mercure, produit par la précipitation du bichlorure dans l'estomac se combinant aux tissus, il y a double action, mécanique et toxique, et le cabonate de soude n'y peut rien.

On m'objectera que des substances insolubles empoisonnent par absorption : je pense que, dans ce cas, on doit tenir compte de l'action des sucs gastriques, et j'ai dit qu'il fallait la neutraliser.

Mais leur production est constante; donc l'action neutralisante doit être constante.

Pour arriver à ce but, on devra donner la dissolution de carbonate de soude par doses fractionnées (pour les chiens, je me suis servi d'un demi-gros de sel cristallisé d'abord, et ensuite d'un gros d'heure en heure, ou de deux gros de deux en deux heures); de cette manière, sans amener d'accidens sérieux, on pourra entretenir pendant tout le temps convenable l'alcalinité des viscères.

J'ai choisi le carbonate de préférence au bicarbonate de soude, qui aurait offert des avantages par son peu d'activité sur l'estomac et par son défaut de saveur, parce qu'il est plus facile de se le procurer; et si, comme je le désire, ma méthode vient à entrer dans l'hygiène populaire, on fera toujours comprendre à tous qu'une faible lessive de cendres communes peut devenir, dans l'occasion, un succédané utile.

Après avoir donné le resumé de ma théorie, je donnerai tout de suite un précis de mes expériences : et je remercierai d'abord le docteur Casteldini, de Bologne, qui a bien voulu y consacrer une partie de son temps, pendant son séjour à Paris.

Pour abréger, toutes les fois que mes résultats seront semblables à ceux obtenus par M. Orfila, je renverrai à son ouvrage.

J'ai commencé par m'assurer des résultats de l'œsophagotomie, puis de l'influence du carbonate de soude seul.

Ensuite, avant d'administrer le carbonate de soude, j'ai soumis des animaux à l'action simple des toxiques, objet de l'expérience.

Enfin des animaux, d'abord placés sous l'influence du poison, ont dû prendre ensuite le carbonate de soude.

Ligature de l'œsophage.— Trois expériences. (Résultats conformes à ceux obtenus par M. Orfila.)

Carbonate de soude.—Deux expériences. Deux chiens ont été soumis à cet agent chimique. Le premier, chien barbet de petite taille, en a pris deux gros, de deux heures en deux heures, jusqu'à concurrence de huit gros. Il n'a pas été incommodé. Le second, lévrier de taille moyenne, a pris de la même manière quatorze gros; il a eu quelques selles liquides, un peu d'abattement à la suite, et a refusé de manger. Cet état s'est prolongé pendant deux jours, et le troisième il a été rétabli.

Le carbonate de soude ne présente donc par lui-même que peu d'inconvéniens.

Action du vert-de-gris (acétate bibasique de deutoxide de cuivre) *et du verdet* (acétate neutre de deutoxide de cuivre). — Quatre expériences. Mêmes résultats que ceux obtenus par M. Orfila.

Il est probable que le vert-de-gris introduit dans l'estomac s'y décompose en acétate neutre, en acétate sesqui-basique soluble, et en acétate bibasique insoluble : ce qui rendrait compte de la différence d'intensité de l'action du vert-de-gris et de celle du verdet.

Empoisonnement par le vert-de-gris; administration du carbonate de soude. — Quatre expériences. 1° A sept heures du matin, on fait avaler à un chien de moyenne taille vingt grains de verdet gris. L'œsophage est lié, et bientôt après on injecte deux gros de carbonate de soude, que l'on répète de deux en deux heures jusqu'à huit heures du soir. A onze heures, il a paru une diarrhée de couleur verdâtre. L'animal est abattu, il cherche à boire; pouls fréquent. Le lendemain, on enlève la ligature; bientôt l'animal paraît plus souffrant, et il meurt à dix heures du soir, trente-neuf heures après l'injection du poison.

A l'autopsie, les poumons sont gorgés de sang, l'œsophage enflammé; l'estomac présente de légères taches rougeâtres.

2° Le 22 février, à sept heures du matin, on fait avaler à un chien robuste trente grains de vert-de-gris; on lie l'œsophage; on injecte ensuite deux gros de carbonate, ce que l'on répète huit fois de deux en deux heures. Soumis à ce traitement, l'animal n'eut qu'une sorte d'indisposition. La ligature fut levée à minuit, et il vécut, en allant de mieux en mieux, jusqu'au 29, jour où on le tua.

Rien d'anormal à l'autopsie.

3° L'animal, chien de moyenne taille, avala vingt grains de vert-de-gris, et mourut quarante et une heures après l'injection du poison, malgré l'administration du carbonate. L'appareil de l'œsophage avait été enlevé au bout de seize heures.

L'autopsie présente les mêmes désordres que dans la première expérience.

4° Un petit chien robuste avale, le 4 avril, à six heures du matin, douze grains de vert-de-gris; l'œsophage est lié, et on injecte un gros de carbonate; opération répétée de deux heures en deux heures, trois fois, et ensuite on se borne à un demi-gros de trois en trois heures.

L'animal vécut sans accidens bien sérieux jusqu'au onze avril, jour où l'on le tua. L'autopsie ne présenta rien d'anormal.

Ainsi, dans deux cas, le contre poison à rempli son but, et, dans les deux autres, les animaux n'ont offert que les accidens consécutifs à l'œsophagotomie.

Empoisonnement par le verdet combattu par le carbonate de soude. — Quatre expériences. 1° Injection de quinze grains de verdet à un petit chien. L'œsophage est lié, et on injecte un gros et demi de carbonate de soude. Cette injection est répétée après une heure, et ensuite de deux en deux heures, à la dose d'un gros seulement, jusqu'à concurrence de huit gros. Il meurt vingt-trois heures après l'œsophagotomie.

L'autopsie ne présente que les altérations causées par cette lésion.

2° A neuf heures du matin, on fait avaler à un chien robuste vingt-quatre grains de verdet. OEsophagotomie, puis injection de deux gros de carbonate, puis un gros de deux en deux heures jusqu'à dix heures du soir. Au bout de vingt et une heures, l'animal meurt.

A l'exception d'une matière brunâtre renfermée dans l'estomac, aucun organe ne présente d'altération notable.

3° Chien de forte taille; œsophagotomie; injection de trente grains de verdet, puis injection de deux gros et demi de carbonate répétée de trois heures en trois heures, jusqu'à la somme de douze gros et demi; mort au bout de trois jours.

A l'autopsie, on ne trouve que les altérations dues à l'œsophagotomie.

4° Chien de taille moyenne; seize grains de verdet; administration du carbonate comme dans les expériences précédentes; on lève l'appareil au bout de vingt-quatre heures. Trente six heures après on tue l'animal.

L'autopsie ne présente rien d'anormal.

Empoisonnement par le carbonate de deutoxyde de cuivre, préparé par la précipitation, au moyen du carbonate de soude, d'une dissolution d'acétate neutre de cuivre. — Deux chiens, à qui l'on a fait avaler cette substance sont morts, le premier au bout de deux heures trois quarts, le second dans le même espace de temps. Les désordres étaient ceux de l'empoisonnement par les sels de cuivre.

Même empoisonnement combattu par le carbonate de soude. — Deux expériences. 1° On fait avaler à un fort chien quinze grains de carbonate de cuivre. L'œsophage est lié, et on injecte deux gros de carbonate de soude, ce qu'on répète deux heures et demie après, et ensuite de deux heures en deux heures, depuis cinq heures et demi du matin jusqu'à six heures du soir. Il meurt trois jours après. Les poumons sont gorgés de sang et pointillés de noir; la trachée est injectée et les autres organes sont à l'état normal.

2° Un chien de moyenne taille prend quinze grains de carbonate. L'expérience est en tous points semblable à la précédente.

Dans ces deux cas la mort paraît due à l'œsophagotomie.

Action du vert de Schèle (arsénite de cuivre). — Deux expériences. 1° Mort en quatorze heures, par l'injection de vingt grains. 2° Mort en cinq heures, par celle de vingt-cinq grains d'arsénite de cuivre. Tous les symptômes éprouvés, et les résultats de l'autopsie sont ceux remarqués par les auteurs dans les cas d'empoisonnement par les sels de cuivre et d'arsenic. On y trouve les désordres occasionnés par ces deux genres de poisons.

Arsénite de cuivre; carbonate de soude. — Deux expériences. Chien de moyenne taille; introduction de vingt grains de vert de Schèle; l'œsophage est lié, et on injecte deux gros de carbonate de soude, opération que l'on répète six fois en dix-huit heures.

Triste trois heures après l'introduction du poison, l'animal redevient gai dans la soirée. Un ordre de police ayant défendu de continuer les expériences, on tue l'animal soixante heures après l'empoisonnement.

Autopsie. La muqueuse, tapissée d'une couche verdâtre, ne présente au-dessous aucune trace d'inflammation, et, à l'exception d'une teinte rosée dans le voisinage du pylore, tous les organes sont à l'état normal.

2° Le 15 juillet, à cinq heures, on fait avaler à un petit chien quinze grains d'arsénite de cuivre; on injecte ensuite le carbonate de soude de deux en deux heures, jusqu'à huit heures du soir, à la dose de deux gros. L'animal est tranquille jusqu'à trois heures; à ce moment il devient triste et se couche. Pouls fréquent; cet état se prolonge jusqu'au lendemain à trois heures du soir. A ce moment, il se remet sur ses pattes, mais paraît souffrant. Le 17 juillet, il meurt à deux heures de l'après-midi.

On ne trouva que les désordres dus à la ligature de l'œsophage.

Action du bichlorure de mercure. — Deux expériences. Elles ont présenté les symptômes reconnus pour appartenir à ce genre de sels.

Même action combattue par le carbonate de soude. — Cinq expériences. Toutes ont présenté le même résultat, et l'empoisonnement a suivi son cours. Cela devait être, car le bichlorure passe à l'état de protochlorure aussitôt que son contact avec les muqueuses a lieu, et ce protochlorure est combiné avec les tissus eux-mêmes. On sait en effet que le seul moyen pour reconnaître si le calomélas trouvé dans l'estomac a été ingéré à l'état de proto ou de bichlorure est de s'assurer, en grattant les tissus, si le précipité est simplement déposé sur les muqueuses, ou bien s'il est combiné. On verra tout à l'heure, par les résultats obtenus sur le phosphate de mercure, que c'est à cette circonstance seule qu'est due la non-réussite dans l'application du contre-poison sur le bichlorure.

Empoisonnement par le phosphate de mercure. — Deux expériences. Elles ont présenté les accidens et les désordres observés dans l'empoisonnement par les sels de mercure. Le premier animal est mort quinze heures après l'injection de trente grains de phosphate; le deuxième, onze heures après l'injection de trente-six grains. On a trouvé chez tous deux l'estomac vivement enflammé, notamment dans le voisinage du pylore, où se trouvaient des escarres noirâtres. Le cœur et les poumons étaient gorgés de sang, et le lobe inférieur du poumon gauche offrait de larges ecchymoses.

Même empoisonnement combattu par le carbonate de soude. — Trois expériences. 1° Chien de taille moyenne. A six heures du matin, le 19 mai, on lui fait avaler vingt-quatre grains de phosphate; l'œsophage est lié, et l'on injecte, de trois en trois heures, un demi-gros de carbonate, jusqu'à concurrence de quatre gros. Le lendemain, il est un peu souffrant; le surlendemain, il va bien, et continue ainsi jusqu'au onze juin, jour où il s'échappe.

2° Chien de taille moyenne. Le 26 mai, introduction de vingt-six grains de phosphate; œsophagotomie. De trois en trois heures, injection d'un demi-gros de carbonate jusqu'à quatre gros. Il vit jusqu'au 1er juin, jour où il meurt dans un état de maigreur extrême. A l'autopsie, il ne présenta rien d'anormal.

3° Chien de moyenne taille; 28 grains de phosphate; œsophagotomie. Le 17 février, injection de carbonate comme précédemment. Six jours après, on le tue, et, à l'autopsie, rien d'anormal.

En résumant ces expériences, on trouve que, dans tous les cas, les résultats annoncés par la théorie ont été confirmés; car, dans plusieurs cas, il a fallu tuer les animaux, et ceux qui sont morts d'eux-mêmes n'ont présenté que les accidens qui sont la suite de l'œsophagotomie. Quant à la cause d'insuccès contre le bichlorure de mercure, j'en ai donné la raison.

Il reste maintenant à présenter un tableau des sels les plus usités, dont le précipité produit par le carbonate de soude est plus ou moins soluble dans un excès de précipitant ou dans l'eau, et de ceux dont le précipité est absolument insoluble.

Sels dont le précipité est plus ou moins soluble dans un excès de carbonate ou dans l'eau.	Sels dont le précipité est insoluble dans un excès de carbonate ou dans l'eau.
Sels de Magnésium,	Sels de Calcium,
Mercure,	Barium,
Fer,	Strontium,
Cobalt,	Aluminium,
Bismuth,	Manganèse,
Étain,	Zinc,
Antimoine,	Cadmium,
Or,	Plomb,
Platine.	Cuivre,
	Argent.

Je dois faire remarquer que la qualité de la base n'est pas la seule chose à considérer, la qualité de l'acide est aussi importante. On conçoit, en effet, que s'il s'agissait d'un chromate, d'un arséniate ou d'un arsénite soluble, on mettrait, par la précipitation de la base, un nouveau poison en contact avec les organes : heureusement, il est très-rare que ces sels soient solubles.

Je termine en rappelant que je ne suis pas médecin, et que je n'ai voulu qu'appeler l'attention des praticiens sur des faits qui m'ont paru la mériter : ainsi, il n'y a chez moi ni physiologie, ni pathologie; il n'y a que de la chimie.

MALAGUTTI,
Chimiste à la manufacture royale de Sèvres.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

OCTOBRE 1836.

De l'action de l'acide sulfureux sur l'acier; par M. Vogel de Munich.

Lorsque M. Vauquelin eut observé que le gaz hydrogène, qui se dégage quand on traite l'acier par l'acide sulfurique étendu d'eau, est mêlé à du gaz hydrogène carboné, il soumit l'acier, pour éviter toute perte de carbone, à l'action de l'acide sulfureux.

Plus tard, M. Schweinsber remarqua, en faisant agir l'acide sulfureux sur du fer, que la solution se troublait bientôt par du soufre, et que le résidu noir, insoluble dans l'acide sulfureux, se comportait comme un mélange de sulfure de fer et de soufre.

Pour étudier l'action de l'acide sulfureux sur l'acier, je fis les expériences suivantes. De l'eau, qui avait été saturée à la température de 15° R. par du gaz acide sulfureux, fut versée sur de la tournure d'acier dans un flacon bouché à l'émeri; il se produisit une élévation de température très-sensible. Le flacon, entièrement rempli et bien bouché, fut renversé dans un vase d'eau pour empêcher le contact de l'air. La liqueur acide, en agissant sur l'acier, prit bientôt une couleur brune, devint ensuite jaune, se troubla, et laissa déposer du soufre. Au bout de quelques jours il s'était formé des petits cristaux d'un blanc verdâtre, sur lesquels nous reviendrons.

J'ai versé aussi de l'acide sulfureux sur de l'acier dans des vaisseaux ouverts, il n'y eut pas la plus légère effervescence ni aucun dégagement de gaz hydrogène sulfuré, car du papier imbibé d'acétate de plomb, et suspendu à la surface du liquide, conserva sa couleur blanche. Il se forma néanmoins pendant la première action de l'acide sulfureux sur l'acier une petite quantité de gaz hydrogène sulfuré, qui ne se dégagea pas, mais resta dans le liquide, car la liqueur jaune noircit le papier de plomb, qu'on y plongea en formant du sulfure de plomb. Aussitôt que la dissolution perd sa couleur jaune, et ne laisse plus déposer du soufre, l'acétate de plomb n'en est plus précipité en noir, mais en blanc. Il est donc évident que l'hydrogène sulfuré est décomposé presque immédiatement après sa formation par l'acide sulfureux qui s'y trouve encore en excès.

Lorsque l'acide sulfureux était resté en contact pendant plusieurs jours avec l'acier dans des flacons bien fermés, la liqueur décantée était incolore et neutre. Versée dans la dissolution du nitrate d'argent, elle formait un précipité blanc qui prit presque de suite une couleur noire, d'où l'on peut conclure qu'elle contenait une certaine quantité d'hyposulfite de protoxide de fer. Dans les dissolutions du proto et deutonitrate de mercure et de sublimé corrosif, la liqueur forme aussi un précipité noir, dans lequel on peut apercevoir des globules de mercure. Au reste, l'acide sulfureux lui-même, versé en petite quantité dans une dissolution du protonitrate de mercure, réduit déjà une partie du protoxide de mercure à l'état métallique, l'acide sulfureux ne produit cet effet sur le deutonitrate de mercure qu'après un laps de temps beaucoup plus considérable, et dans le sublimé l'acide sulfureux forme du calomel.

J'avais laissé de l'acide sulfureux pendant quinze jours avec un excès d'acier dans des flacons bien fermés; la liqueur parfaitement neutre qui en résulta noircissait fortement le nitrate d'argent, par l'addition de l'acide sulfurique ou hydrochlorique il se dégageait du gaz acide sulfureux et il s'en déposait du soufre. L'acide chrômique en fut coloré en vert, l'acide rouge du manganèse en fut décoloré, et la liqueur formait dans la dissolution du chrômate de potasse un précipité d'un jaune d'ocre. La dissolution d'or en prit une couleur bleue, mais la dissolution de platine n'en éprouva pas de changement. Les dissolutions des alcalis et du cyanure de potassium et de fer en furent précipitées en blanc.

Dans le résidu d'acier qui avait été en contact avec l'acide sulfureux, se trouvait un grand nombre de petits cristaux étoilés et octaédriques, d'un blanc verdâtre et demi-transparens. Je remplis le flacon d'eau chaude privée d'air, mais au bout de quelques jours je ne pus pas apercevoir une diminution dans le volume des cristaux. Même en les faisant bouillir dans l'eau, il était impossible d'en dissoudre, l'eau ne contenait pas la plus légère trace de fer, ce n'est que dans l'acide sulfureux qu'il s'en dissout lentement une certaine quantité. Les cristaux chauffés dans un tube de verre se montrent infusibles; il se dégage beaucoup de gaz acide sulfureux et il se sublime du soufre; il reste dans le tube de verre du protoxide de fer. Quand on verse de l'acide sulfurique concentré, ou bien de l'acide hydro-

chlorique sur les cristaux, il se produit une vive effervescence due à un dégagement du gaz acide sulfureux, et dans la dissolution devenue jaune il se dépose du soufre. Les cristaux arrosés d'une dissolution de nitrate d'argent en prennent une couleur noire. En exposant les cristaux à l'air, ils deviennent d'abord opaques, et prennent ensuite une couleur de rouille. Les cristaux étoilés insolubles dans l'eau paraissent donc être un hyposulfite de protoxide de fer avec excès de base, tandis que la liqueur décantée de l'acier renferme une certaine quantité d'hyposulfite neutre de protoxide de fer.

D'après ces données, il y a une grande difficulté à débarrasser l'acier entièrement du fer par l'acide sulfureux, et à le ramener au carbone pur, car le résidu noir contient toujours, outre du carbone et du soufre, une quantité de sous-hyposulfite de fer qui résiste fortement à l'action de l'acide sulfureux, de sorte que nous ne possédons pas dans l'acide sulfureux un moyen bien propre à déterminer exactement la quantité de carbone dans l'acier. Aussi M. Berthier a fait connaître d'autres procédés pour l'analyse de l'acier, soit en le faisant rougir avec le salpêtre ou en le brûlant par le gaz oxygène, alors l'acide carbonique formé doit représenter la quantité de carbone, ou bien en traitant l'acier par l'iode, dans lequel cas le carbone se trouve dans le résidu insoluble, qui renferme cependant toujours de l'hydrogène.

Je me propose de revenir sur cet objet pour indiquer s'il est possible, un moyen direct qui puisse servir à déterminer la quantité de carbone dans les aciers et dans la fonte.

Résumé.

Il résulte de ce qui précède :

1° Qu'il se forme pendant l'action de l'acide sulfureux sur l'acier une quantité d'hydrogène sulfuré qui ne se dégage pas, mais qui est décomposé bientôt après sa formation par l'acide sulfureux, ce qui donne lieu à une séparation du soufre;

2° Que l'acide sulfureux liquide, qui avait séjourné un temps suffisant avec l'acier, contient, outre le sulfite, une certaine quantité d'hyposulfite de protoxide de fer, et que cette dissolution neutre a la propriété de réduire en partie les proto et deutosels mercuriels ;

3° Que l'acide sulfureux liquide et concentré, qui est renfermé avec un excès d'acier, forme de petits cristaux d'un blanc verdâtre, insolubles dans l'eau, qui se comportent comme de l'hyposulfite de protoxide de fer avec excès de base ;

4° Que le résidu qui reste quand on traite l'acier dans des vaisseaux clos par l'acide sulfureux en quantité suffisante n'est pas du carbone pur, mais que ce carbone est mêlé, outre le soufre, avec un sous-hyposulfite de fer difficile à enlever par l'acide sulfureux, ce qui rend l'acide sulfureux impropre à l'analyse des aciers et de la fonte.

———

Sur la dissolubilité du carbonate de chaux dans le muriate d'ammoniaque; par M. Vogel de Munich.

Dans les expériences préliminaires d'une analyse on a donné une certaine importance à ce fait, que la magnésie, précipitée d'un liquide par les alcalis ou par les carbonates alcalins, est entièrement soluble dans une dissolution de muriate d'ammoniaque, et on a profité de cette circonstance pour distinguer en quelque sorte la magnésie des autres terres, soit de la chaux, de l'alumine, etc.

Nous pouvons citer à la vérité plusieurs exemples, où le sel ammoniac possède la propriété de dissoudre des substances insolubles ou très-peu solubles dans l'eau, tel que le tartrate de chaux, le chlorure d'argent, les carbonates de zinc et de nickel, le sulfate de plomb, etc., mais aussi le carbonate de chaux, surtout quand il est nouvellement précipité d'une liqueur, ne résiste pas à l'action dissolvante du muriate d'ammoniaque, et par cette propriété la chaux contenue en petite quantité dans une dissolution pourrait facilement être confondue avec la magnésie.

Si l'on verse par exemple dans une dissolution de gypse une dissolution de carbonate de potasse, le précipité qui se dépose dans la liqueur peut être entièrement redissout par l'eau chargée de muriate d'ammoniaque. De même les précipités qui résultent des dissolutions très-étendues de nitrate et d'hydrochlorate de chaux par le carbonate de potasse se dissolvent entièrement dans le sel ammoniac. La dissolution concentrée et claire du carbonate de chaux dans le sel ammoniac se trouble cependant bientôt à l'air, et laisse tomber une partie du carbonate de chaux ; mais il en reste une certaine quantité en dissolution, qui ne se sépare plus de la liqueur filtrée, quand même on la porte à l'ébullition. Lorsqu'on lave le carbonate de chaux précipité avec beaucoup d'eau, il n'est plus aussi soluble dans le sel ammoniac qu'au moment de sa formation, ou bien quand on laisse le précipité sans le laver pendant vingt-quatre heures dans la liqueur, sa dissolubilité dans le sel ammoniac a diminué sans avoir cessé tout à fait.

On peut se convaincre facilement de cette solubilité du carbonate de chaux quand on souffle au moyen d'un tube de verre dans l'eau de chaux jusqu'à ce qu'elle soit bien laiteuse. Ce précipité nouvellement formé se dissout à la vérité aussi dans beaucoup d'eau, mais il est bien plus soluble dans l'eau chargée de muriate d'ammoniaque.

Les combinaisons naturelles de la chaux avec l'acide carbonique, tels que le *spath d'Islande* et le marbre blanc de Carrare, ne résistent pas non plus à l'action du sel ammoniac. Réduites en poudre fine et agitées quelques minutes avec l'eau contenant du sel ammoniac, on trouve déjà dans le liquide filtré une quantité notable de chaux.

La dissolubilité du carbonate de chaux dans le sel ammoniac est cependant beaucoup moindre que celle du carbonate de magnésie.

Lorsqu'on fait évaporer la dissolution filtrée du sel ammoniac qui a séjourné pendant quelque temps à la température ordinaire avec le spath d'Islande ou bien avec le marbre blanc, et quand on expose le résidu sec à la chaleur rouge dans un creuset de platine pour en volatiliser tout le sel ammoniac, il reste un sel très-déliquescent (le chlorure de calcium).

Il paraît donc que, dans les cas indiqués, la solubilité du carbonate de chaux consiste principalement dans une décomposition partielle, d'où il résulte du carbonate d'ammoniaque et de l'hydrochlorate de chaux.

Le carbonate de baryte et le carbonate de strontiane, nouvellement précipités de leurs dissolutions, disparaissent aussi complétement par l'addition du sel ammoniac, et même le carbonate de baryte naturel (la witherite), agité avec une dissolution de sel ammoniac, communique à ce liquide de la baryte, appréciable par l'acide sulfurique étendu d'eau. En volatilisant du liquide évaporé tout le sel ammoniac, il reste du chlorure de barium.

Quelque grande que soit la dissolubilité du carbonate de magnésie nouvellement précipité dans le sel ammoniac, elle diminue sensiblement quand le carbonate de magnésie est bien lavé et desséché à une température de 100° C. La dissolution concentrée du carbonate de magnésie dans le sel ammoniac ne se trouble pas à l'air ni par l'ébullition, elle est alcaline, laisse dégager beaucoup de gaz acide carbonique par les acides, et la magnésie peut en être précipitée par la potasse.

Il paraîtra sans doute étrange que les carbonates terreux deviennent au bout de quelques jours moins solubles dans le sel ammoniac; ceci pourrait cependant peut-être s'expliquer en partie, en admettant qu'ils acquièrent par le repos un plus grand degré de cohésion, ou bien qu'ils s'approchent plus d'un état de cristallisation.

Résumé.

Il résulte des expériences ci-dessus :

1° Que la dissolubilité d'un carbonate terreux dans le sel ammoniac n'autorise pas toujours à le considérer comme du carbonate de magnésie;

2° Que le carbonate de chaux nouvellement précipité, ainsi que le spath d'Islande et le marbre blanc, sont solubles dans le sel ammoniac;

3° Que les carbonates de baryte et de strontiane précipités d'une dissolution, ainsi que la witherite, se dissolvent dans le sel ammoniac;

4° Que la dissolubilité de ces carbonates terreux dans le sel ammoniac doit en partie être attribuée à leur décomposition, en ce qu'il se forme du carbonate d'ammoniaque et des hydrochlorates terreux.

Sur la décomposition des sels cuivreux au moyen du phosphore; par M. Vogel, de Munich.

Lorsqu'on conserve un cylindre de phosphore dans une dissolution de sulfate de cuivre, le liquide perd successivement sa couleur bleue, et devient enfin tout à fait incolore; dans cet état la dissolution ne contient plus une trace de cuivre. En faisant évaporer la liqueur et en chauffant fortement le résidu encore liquide, il se volatilise de l'acide sulfurique, et il reste de l'acide phosphorique.

Le phosphore qui s'était couvert de cuivre métallique devint en partie noir au bout de quelque temps. Au-dessous de ces feuilles de cuivre se trouvait à la surface du cuivre une autre couche en lames minces d'une couleur noire, sans éclat métallique, facile à détacher du phosphore et très-fragile. Quoique ces lames eussent l'aspect de l'oxide de cuivre, elles n'en avaient cependant pas les propriétés, et l'acide hydrochlorique n'en dissout qu'une petite quantité de cuivre. Au reste, elles sont très-fusibles au chalumeau, et donnent en se fondant un globule grisâtre, cassant, d'un éclat métallique. L'acide nitrique les dissout de suite avec dégagement du gaz nitreux, et on trouve dans la dissolution, outre le nitrate de cuivre, de l'acide phosphorique. La couche noire qui se trouve sur le phosphore, au-dessous des feuilles métalliques de cuivre, se comporte donc, d'après ce qui vient d'être dit, comme du phosphure de cuivre.

Le phosphore présente dans une dissolution de nitrate de cuivre à peu près les mêmes phénomènes que dans une dissolution du sulfate de cuivre, la liqueur tout à fait décolorée ne contient rien que de l'acide phosphorique et de l'acide nitrique. Il se forme les deux couches de cuivre métallique et phosphure de cuivre; l'intérieur du phosphure est noir jusqu'au fond, étant pénétré du phosphore de cuivre. La couche supérieure du cuivre, qui couvrait le cylindre de phosphore, avait un éclat métallique fort extraordinaire, et il paraît singulier que l'acide nitrique mis en liberté n'ait pas agi sur le cuivre, ce qu'il faut attribuer sans doute à la présence du phosphore. Ce n'est qu'après un laps de temps considérable qu'il se dégagea quelques bulles de gaz nitreux, et alors le cuivre perdit successivement de son éclat.

La dissolution verte et concentrée de chlorure de cuivre, dans laquelle on plonge un cylindre de phosphore, devient d'abord noire, et se décolore ensuite; malgré cela, elle conserve une teinte jaunâtre, et n'est pas entièrement débarrassée de cuivre; mais dans une dissolution étendue de beaucoup d'eau, le cuivre est entièrement séparé par le phosphore. Dans une dissolution concentrée de chlorure de cuivre, le phosphore ne s'enveloppe pas de suite de cuivre métallique, mais d'une couche blanche pulvérulente qui se forme en grande quantité, et dont une partie se dépose au fond du vase. Dans une dissolution étendue d'eau le phosphore se couvre de cuivre métallique.

La liqueur jaune provenant de la dissolution concentrée, décantée du phosphore, dégage en la chauffant du gaz acide hydrochlorique, et se trouble en laissant déposer une poudre blanche de sous-chlorure de cuivre. En continuant l'ébullition du liquide, la poudre blanche qui est suspendue prend une couleur noire, et alors

il se dégage du gaz hydrogène phosphoré, dont les bulles s'enflamment au contact de l'air.

Les cylindres de phosphore s'étaient couverts, outre la poudre blanche, d'une couche noire de phosphure et de chlorure de cuivre qui avait pénétré aussi dans l'intérieur du phosphore, mais dont il était facile de les séparer en faisant fondre le phosphore dans l'eau chaude.

La poudre blanche qui s'était formée prit une couleur orangée par la solution de potasse, devint verdâtre à l'air, et se comporta comme du sous-chlorure de cuivre.

Une dissolution étendue d'acétate de cuivre, dans laquelle on plonge un cylindre de phosphore, devient pâle, se trouble au bout de quelque temps et laisse déposer une poudre blanchâtre. Le phosphore lui-même devient noir et se couvre ensuite de cuivre métallique. Les flocons blanchâtres qui s'étaient déposés dans la dissolution se comportaient comme du phosphate de cuivre qui ne pouvait être rédissout par l'acide acétique mis en liberté.

Sur la réduction des sels mercuriels au moyen du cuivre;
Par M. Vogel de Munich.

C'est un fait bien reconnu que les proto. et deutonitrates de mercure en dissolution sont promptement réduits par le cuivre, d'où résulte que ce dernier métal se couvre de mercure, et acquiert par-là à sa surface un blanc métallique.

Les phénomènes qui accompagnent cette réduction sont différens, quand, au lieu des nitrates mercuriels on se sert de la combinaison du mercure avec le chlore, du deutochlorure de mercure (sublimé corrosif.)

Si l'on plonge une lame de cuivre poli dans une dissolution de sublimé aqueuse, étendue ou concentrée, le cuivre prend de suite une couleur d'un gris noirâtre sans éclat, la dissolution devient laiteuse, et il se dépose au bout de quelque temps une poudre blanche, consistant en protochlorure de mercure (calomel), mêlée de quelques globules de mercure.

La formation du calomel, quand on plonge du cuivre dans une dissolution de sublimé, a été déjà remarquée par M. Fischer de Breslau; mais ce dont il ne fait pas mention, c'est que la lame de cuivre qui a séjourné dans une dissolution de sublimé, au lieu de s'argenter, se couvre d'une couche noire dépourvue de tout éclat métallique.

Je laissai une lame de cuivre pendant vingt-quatre heures dans une dissolution presque saturée de sublimé; la liqueur était devenue verte, et il s'était formé une quantité de calomel qui rendit la dissolution laiteuse, mais dont la plus grande partie s'était déposée au fond du vase. La surface du cuivre était couverte d'une couche noire et très-faible de petits globules de mercure qui n'adhéraient pas, mais tombaient par la plus légère secousse. La lame de cuivre fut lavée dans l'eau et desséchée. La couche noire adhérait si fortement au cuivre, qu'il n'était pas facile de l'enlever par le frottement avec du papier, et on ne pouvait pas apercevoir de mercure sur le cuivre.

En arrosant ce cuivre ainsi noirci par de l'acide hydrochlorique concentré, la couche noire se dissolvait tranquillement sans effervescence, et le liquide décanté du cuivre contenait du deutochlorure de cuivre dans lequel nageaient quelques flocons de calomel.

La partie du cuivre noir qui avait été arrosée par de l'acide hydrochlorique, et lavée ensuite avec de l'eau, n'avait pas repris la couleur rouge du cuivre, mais elle était blanche, et elle acquit par un léger frottement l'éclat métallique dû au mercure réduit.

Pour rendre le cuivre noir, il suffit de le laisser quelques minutes dans une dissolution de sublimé, mais dans ce cas la couche est mince et moins adhérente.

Il est presque indifférent que le sublimé soit dissout dans l'alcool ou dans l'éther; les phénomènes qui se présentent en plongeant le cuivre dans la dissolution alcoolique ou éthérée ne diffèrent pas sensiblement de ceux que nous avons désignés pour la dissolution aqueuse. Dans l'un et l'autre cas il ne se forme pas du calomel. Les lames de cuivre qui avaient été plongées pendant douze heures dans les dissolutions alcooliques et éthérées étaient devenues noires, mais on ne put y apercevoir aucun globule de mercure. L'acide hydrochlorique dissout la couche noire, et le mercure reparaît alors avec tout son éclat métallique.

Lorsqu'on fait dissoudre le sublimé dans l'acide hydro-chlorique au lieu de l'eau, et quand on plonge le cuivre dans la liqueur, il se forme très-peu d'oxide noir de cuivre, par un léger frottement on peut rendre à la surface un éclat blanc métallique. Le laiton se comporte entièrement comme le cuivre par rapport au sublimé, et pour cette raison il ne paraît pas très-convenable d'employer des piluliers de laiton pour les masses de pilules qui renferment du sublimé.

Le protochlorure de mercure (calomel), quoique presque insoluble dans l'eau, est aussi décomposable par le cuivre. Si l'on place une lame de cuivre dans du calomel porphorisé et délayé dans l'eau, et si l'on filtre ensuite l'eau, on y trouve du cuivre en dissolution. La lame de cuivre elle-même a perdu sa couleur rouge, et elle est couverte d'une couche noirâtre.

La décomposition du calomel par le cuivre est encore plus prompte, si l'on entretient l'eau dans laquelle le calomel est suspendu en ébulition. Le cuivre s'y recouvre de l'oxide noir de cuivre très-adhèrent, qui peut être enlevé par l'acide hydrochlorique, et alors on y voit paraître une couche blanche de mercure métallique.

On voit donc, par ces expériences, que le cuivre se comporte d'une manière différente avec le sublimé et avec les nitrates de mercure. Dans les combinaisons de mercure avec le chlore, le mercure en est aussi séparé par le cuivre; mais il se forme ici une grande quantité d'oxide de cuivre qui s'attache avec force à la surface du cuivre, de sorte qu'on ne peut apercevoir le mercure que lorsqu'on vient de dissoudre l'oxide de cuivre par l'acide hydrochlorique.

Sur plusieurs combinaisons nouvelles de platine ; par J. W. Dobereiner. (Annalen der pharmacie, vol. XVII, pag. 250.)

(Traduit par M. Vallet.)

Le platinocyanure de potassium, préparé d'après la méthode de L. Gmelin (1), forme comme on sait, avec la dissolution de protonitrate (acide) de mercure, un beau précipité bleu de Smalte, en dégageant une petite quantité de gaz nitreux.

Ce précipité offre à un examen plus attentif plusieurs phénomènes intéressans, et des produits nouveaux (platinocyanure de mercure, cyanure de platine et l'acide hydroplatinocyanique), ainsi que la preuve que le platine et le cyanogène se pénètrent réciproquement pour former des combinaisons très-fixes.

Le précipité en question peut être lavé avec de l'eau froide aiguisée d'acide nitrique, et puis séché sans altération de sa couleur; mais, si on le chauffe avec une pareille eau jusqu'à l'ébullition, il lui cède du protonitrate de mercure, et *devient tout à fait blanc.* Si on verse ensuite sur ce précipité décoloré une dissolution de protonitrate de mercure, et qu'on le laisse en contact avec elle à la température *ordinaire* plusieurs heures ou plus longtemps encore, *il devient peu à peu d'un aussi beau bleu* qu'auparavant, et cette couleur gagne même en intensité au bout de quelques jours, lorsque la dissolution de mercure est en excès : si on le chauffe avec cette dernière, il reste blanc; mais il devient bleu après l'évaporation de son eau, et rouge orange à une chaleur plus forte.

Le précipité coloré (bleu et rouge orange) détone en jetant des étincelles, répandant de la fumée, et lançant de tous côtés comme des serpenteaux et des fusées avec sifflement, lorsqu'on le chauffe fortement sur une plaque de platine. Il se dissout dans l'acide hydrochlorique chauffé, en dégageant de l'acide nitreux et de l'acide hydrocyanique, et forme alors un liquide presque incolore, qui n'est ni troublé par l'alcool, ni précipité par l'hydrochlorate d'ammoniaque.

Le précipité décoloré (blanc) s'enflamme lorsqu'on le chauffe sur la plaque de platine sans détoner, brûle et laisse environ 38 pour 100 de platine spongieux d'un grand pouvoir enflammant. Il se dissout également dans l'acide hydrochlorique bouillant, mais *sans dégagement* d'acide nitreux et d'acide hydrocyanique, et forme un liquide presque incolore, qui est précipité en jaune par la dissolution de potasse, et donne par l'évaporation jusqu'à siccité un résidu paraissant jaune, rouge et bleu par places, et qui, chauffé fortement se décompose en acide hydrocyanique, en chloride de mercure et en cyanure de platine.

Les dissolutions des alcalis et des terres alcalines décomposent le précipité coloré et celui qui a été décoloré, séparent du premier du protoxide et du deutoxide de mercure, et du dernier seulement du deutoxide, cèdent en même temps leur radical au cyanogène qui était combiné avec le mercure, et forment dans cette combinaison avec le cyanure de platine des doubles cyanures de platine aisément cristallisables.

Si on chauffe peu à peu le précipité blanc jusqu'au rouge dans une petite cornue de verre, il se décompose en gaz cyanogène : en mercure coulant et en cyanure de platine. La quantité de ce dernier est à peu près de 48 pour cent (de 10 grains, avec lesquels j'ai expérimenté, j'ai retiré 4,8 grains), et l'on peut considérer le produit blanc comme une combinaison de

$$\left.\begin{array}{l}\text{48 cyanure de plat.}\\ \text{52 cyanique de mer.}\end{array}\right\} = \text{Pt Cy} + \text{Hy Cy} \ (\text{ou} = \text{Pt Hy Cy 2})$$

et le précipité bleu (et rouge) comme une combinaison de ce double cyanure avec du protonitrate de mercure. Je n'ai pas encore examiné dans quelle proportion se trouvent ces deux sels l'un par rapport à l'autre, et si la couleur bleue appartient à toute la combinaison ou bien à un produit particulier de celle-ci, tel que le protoxide de platine.

Le *cyanure de platine* qui reste par la décomposition pyrochimique du platinocyanure de mercure incolore est une substance pulvérulente, d'un beau jaune olive insoluble dans l'eau, dans les acides et dans les liquides alcalins, combustible, laissant par la combustion à l'air 78 à 79, pour 100 de platine pur, donnant, par le traitement avec l'oxide de cuivre dans l'appareil pyropneumatique, de l'acide carbonique et de l'azote, tous deux précisément dans le rapport en volumes de 2 à 1, et composée par conséquent de 1 atome de platine et 1 atome de cyanogène (= Pt Cy).

Si on traite le platinocyanure de mercure divisé dans de l'eau par de l'hydrogène sulfuré, il en résulte du sulfure de mercure et un liquide incolore fortement acide, qui contient en dissolution une combinaison de cyanure de platine avec de l'acide hydrocyanique. Si l'on chasse l'eau par l'évaporation, cette nouvelle combinaison se présente sous la forme d'une substance à éclat métallique jaune verte, offrant à sa surface la couleur de l'or et du cuivre, qui tombe en déliquium à l'air humide, est extrêmement soluble dans l'eau et l'alcool absolu, et se combine avec les alcalis pour former des doubles cyanures de platine.

Si l'on dissout cette combinaison, que je nommerai *acide hydroplatinocyanique* (Pt H Cy 2) à cause de sa réaction acide, dans de l'alcool absolu, et qu'on laisse cette dissolution s'évaporer à l'air libre sur un verre de montre ou sur une table de verre, il se présente à l'œil de l'observateur une cristallisation particulière, et avec

(1) Le platinocyanure de potassium s'obtient en mêlant ensemble la dissolution de chlorure de platine et celle de ferrocyanure de potassium, et faisant évaporer lentement : il cristallise en longs prismes fins rhomboïdaux, qui, considérés dans différentes directions, paraissent tantôt jaunes tantôt bleus. Leur composition est, suivant Gmelin, KCy, + Pt Cy + 3 Aq.

(*Note du traducteur.*)

celle-ci un jeu de couleurs intéressant, impossible à décrire, mais semblable au caméléon, de l'acide qui cristallise. Si on laisse l'acide sec tomber en déliquium à l'air humide, et qu'on le fasse ensuite évaporer à l'air sec ou à la lumière solaire, il cristallise en aiguilles extrêmement belles, groupées en étoiles, à éclat métallique, offrant tantôt la couleur de l'or, tantôt celle du cuivre, semblables au proto-oxalate de platine, mais encore plus belles que les cristaux de ce dernier.

A la lumière, et à une température de + 100° C. l'acide hydroplatinocyanique ne subit aucune altération; mais, si on le chauffe au delà de + 100°, il se décompose en acide hydrocyanique et en cyanure de platine. Si on mêle sa dissolution dans l'alcool avec un peu d'acide nitrique, on a une liqueur qui, évaporée sur une table de verre et chauffée fortement, forme un miroir de platine extêrmement beau.

Il y a aussi un *acide hydriridiocianique* analogue parfait de l'acide hydroplatinocyanique, et doué des propriétés de ce dernier.

Sur la préparation et les propriétés de l'acide hyperiodique; par Bengieser de Pforzheim. (Annalen der pharmacie, vol. XVII, pag. 254).

(Extrait par M. Vallet).

MM. Ammermüller et Magnus ont, dans leur mémoire sur l'acide hyperiodique, plutôt étudié les hyperiodates, qu'ils n'ont appris à connaître les propriétés de l'acide pur; c'est pour remplir cette lacune que M. Bengieser a entrepris son travail par les conseils et sous la direction de M. le professeur Liébig.

Le procédé qu'il a suivi pour se procurer l'acide hyperiodique diffère de celui de MM. Ammermüller et Magnus. Il a d'abord préparé de l'hyperiodate basique de soude d'après la méthode de ces chimistes, en ajoutant toutefois du carbonate de soude au lieu de soude caustique au chlorure d'iode, portant la liqueur à l'ébullition, et y faisant passer du chlore gazeux, jusqu'à ce qu'il ne se précipitât plus de sel basique. Il a trouvé que 7 parties de carbonate de soude sec sur 1 partie d'iode sont précisément suffisantes. MM. Ammermüller et Magnus avaient, comme on le sait, mis à profit la propriété de l'hyperiodate neutre d'argent de se décomposer avec l'eau en sel basique et en acide hyperiodique libre pour obtenir cet acide pur; mais comme la préparation du sel d'argent neutre est un peu longue, M. Bengieser a cherché un autre procédé; il a fait d'abord dissoudre l'hyperiodate basique de soude dans l'acide acétique; mais, s'apercevant que ce dernier ramenait l'hyperiodate à l'état d'iodate en donnant lieu à la production d'acide formique, il a opéré la solution du sel basique de soude dans de l'acide nitrique étendu à une douce chaleur, en évitant toutefois un excès d'acide; il a précipité cette solution par du nitrate de plomb. Il s'est déposé un précipité blanc abondant, qui est devenu jaunâtre par la dessiccation à l'air. La solution d'argent n'a plus alors démontré aucune trace d'acide hyperiodique dans la liqueur séparée par le filtre du sel de plomb. Elle en contient encore lorsqu'on a employé trop d'acide nitrique; on sature alors l'acide nitrique libre par du carbonate de plomb pur, et on obtient ainsi tout l'acide hyperiodique.

Il a décomposé ce sel de plomb à l'aide de la chaleur par de l'acide sulfurique étendu, en évitant d'en mettre en excès, parce qu'un excès rend très-difficile la cristallisation de l'acide hyperiodique, et l'empêche souvent tout à fait, tandis qu'il n'y a aucun inconvénient à laisser un peu du sel de plomb non décomposé; on n'a pas à craindre d'avoir du plomb dans la solution de l'acide. Il lui a été impossible de filtrer au travers du papier la solution aqueuse de l'acide pour la séparer du sulfate de plomb, parce que, même à la température ordinaire, une partie de l'acide peut être réduite en acide iodique; il s'est donc contenté de décanter la liqueur du précipité déposé. Il a alors évaporé l'acide à une très-douce chaleur, jusqu'à ce qu'il fût complétement sec et cristallisé.

L'acide obtenu de cette manière est en cristaux incolores, paraissant être des prismes rhomboïdaux obliques. Chauffé à l'état sec dans un bain d'acide sulfurique, il fond à 130° C. sans se décomposer; il reprend par le refroidissement sa cristallisation primitive; à 160° C. il perd son eau de cristallisation, et à 188° — 190° il se change en acide iodique avec un brusque dégagement d'oxygène. Si on le laisse exposé à l'air humide, il tombe très-promptement en déliquium, et on peut le conserver longtemps solide en le laissant sous une cloche au-dessus de l'acide sulfurique. L'acide cristallisé est assez soluble dans l'alcool et l'éther; ces dissolutions étendues ne paraissent souffrir aucune altération par l'ébullition.

Si on chauffe la solution aqueuse de l'acide avec le phosphore, il se forme de l'oxide de phosphore et de l'acide phosphorique. L'acide cristallisé, chauffé avec le phosphore, donne également lieu à de l'oxide de phosphore avec une vive explosion. Dans les deux cas, l'acide est complétement privé de son oxygène, et l'iode est mis en liberté. La solution aqueuse de l'acide n'exerce pas à l'aide de l'ébullition d'action oxidante sur le soufre.

Si on fait bouillir l'acide hyperiodique aqueux avec de l'acide formique, ce dernier se transforme en acide carbonique en mettant l'iode à nu. La réaction est très-énergique; le même phénomène a lieu avec les acides tartrique et oxalique, seulement la décomposition est plus lente. La manière dont se comporte l'acide acétique a été examinée précédemment; il est d'ailleurs transformé aussi en acide carbonique par l'acide libre, avec mise en liberté de l'iode. L'action de l'acide iodique sur ces acides est analogue.

La majeure partie des métaux est oxidée par l'acide hyperiodique aqueux.

Il agit même à la température ordinaire sur la limaille de zinc : si on emploie un excès de zinc, l'acide est complétement réduit; l'iode est mis à nu, et le zinc

se transforme en oxide. Il en est de même de la limaille de cuivre; mais il se forme ici de l'iodate de cuivre, qui se précipite en flocons blancs. Le fer métallique se change en oxide ferrosoferrique; le mercure se transforme en protoxide; le plomb métallique et l'étain en feuilles ne sont que très-peu attaqués par cet acide.

Si l'on sature complétement l'acide par du carbonate de soude, de manière que la dissolution soit tout à fait neutre, la liqueur offre une réaction acide après la précipitation par le nitrate neutre de baryte; il se précipite donc un sel barytique basique. Les sels de plomb et de chaux se comportent tout à fait de même que le sel de baryte. L'hyperiodate de plomb est blanc, mais il devient jaune par la chaleur; il est également précipité en jaune de la solution chaude. Le changement de couleur est dû ici, comme MM. Ammermüller et Magnus l'ont bien démontré pour le sel d'argent, à une perte d'eau, puisqu'il suffit de la simple dessiccation à l'air pour le colorer peu à peu en jaune, sans qu'il ait subi la moindre décomposition. Des phénomènes semblables ont lieu avec les proto et deutosels de mercure; si à de l'hyperiodate neutre de soude on ajoute du protonitrate de mercure, il se dépose un précipité jaune, qui, à une douce chaleur, devient rouge-brun; avec le deutosel de mercure il se forme un précipité blanc, qui devient jaunâtre par la chaleur. L'hyperiodate neutre de soude donne avec le nitrate de cuivre un précipité vert serin dont la couleur devient plus foncée par la chaleur; les proto et tritosels de fer forment des précipités jaunes blanchâtres. Tous ces précipités se dissolvent facilement dans l'acide nitrique étendu.

Formation artificielle de la pyrite cristallisée; par Wöhler. (Annalen der Pharmacie, vol. XVII, p. 260.)

Si on chauffe lentement dans un ballon de verre un mélange intime de tritoxide de fer (par exemple de l'hématite brune chauffée au rouge), de soufre et de sel ammoniac jusqu'à sublimation complète du sel ammoniac, qu'on laisse refroidir lentement la masse, et qu'on verse de l'eau dessus, on voit se déposer au fond du vase des octaèdres et des tétraèdres pesans, d'un jaune de laiton, qui sont identiques avec la pyrite ordinaire. Les cristaux sont d'autant plus grands et plus nets, que la masse du mélange employé était plus considérable.

A.-G.V.

Extrait d'un rapport fait à l'Académie royale de médecine, le 12 juillet 1836, sur un procédé de M. Dausse, *ayant pour objet* la purification de la manne commune et sa conversion en manne en larmes (1).

L'Académie, dans sa séance du 12 avril dernier, a reçu de M. Dausse aîné, pharmacien à Paris, une lettre par laquelle il annonce un nouveau procédé pour purifier la manne en sorte au moyen du charbon animal. Cette lettre était accompagnée d'un échantillon de manne en larmes obtenue par le procédé indiqué, pour lequel l'auteur demande l'approbation de l'Académie.

La commission a cru devoir considérer la question sous trois points de vue :

1° Le procédé proposé par M. Dausse est-il nouveau ?

2° Y a-t-il parité de composition entre la manne qu'il a purifiée et la manne en larmes naturelle ?

3° Y a-t-il entre les deux mannes identité de propriétés thérapeutiques ?

La réponse à la première partie de la question nous est fournie par Baumé, dans ses Élémens de pharmacie. Quelques personnes, dit ce pharmacien célèbre, font artificiellement de la manne en larmes. Pour cela elles font dissoudre de la manne commune dans une petite quantité d'eau, elles laissent déposer la liqueur, elles décantent pour en séparer les impuretés, elles la font épaissir ensuite jusqu'à ce qu'elle se congèle entièrement en se refroidissant : alors elles suspendent des fils et les plongent à plusieurs reprises à la manière des ciriers. Cette manne imite très-bien la manne en larmes, et l'on peut dire qu'elle l'égale en bonté, puisqu'elle n'est qu'une manne très-pure. Remarquons d'abord qu'à l'époque où Baumé écrivait ceci, l'analyse végétale était encore dans l'enfance; que l'emploi du charbon animal, soit comme agent de décoloration, soit comme *désodorant*, n'était pas connu, et que cependant l'on obtenait déjà par le procédé simple que nous venons de rapporter de la manne purifiée, qui avait toutes les apparences de la manne en larmes. Ajoutons qu'il est à la connaissance d'un des membre de la commission et de plusieurs commerçans, qu'un pharmacien de l'école de Paris, M. Avequin, actuellement au Port-au-Prince, préparait, il y a huit ans, dans son domicile à Chaillot, de la manne en larmes très-belle, en traitant, comme le fait M. Dausse, la manne commune par le charbon animal. Nous ignorons pourquoi cette spéculation, n'a pas eu de succès; mais toujours est-il vrai que l'emploi du charbon animal appliqué à la purification de la manne était déjà connu dès l'année 1828.

Nous passons à la deuxième partie de la question : y a-t-il parité de composition, ou plus exactement, la relation proportionnelle des composans est-elle la même dans la manne commune purifiée par M. Dausse, et dans la manne en larmes naturelle? Pour répondre à cette partie de la question, la commission s'est livrée à quelques essais, dont nous indiquerons les principaux résultats; mais d'abord nous dirons que la manne de M. Dausse se présente sous la figure de concrétions stalactiformes, simulant assez bien la manne en larmes naturelle; qu'elle est dépouillée sinon de la totalité, au moins d'une partie de l'odeur nauséabonde particulière à cette substance. Quelques morceaux ont la blancheur de la manne nouvelle, d'autres plus colorés ressemblent davantage à la manne de deux ans. A blancheur égale des deux parts, la manne purifiée est moins friable, elle

(1) La commission était composée de MM. Honoré, Caventou et Planche.

s'agglutine davantage par le broiement, elle est aussi plus hygrométrique. Ainsi que l'annonce l'auteur dans sa lettre à l'Académie, la manne en larmes, préparée artificiellement, se dissout complétement dans l'eau sans en troubler la transparence; observons toutefois que cette solution est un peu plus colorée que celle de la manne en larmes naturelle, qu'elle ne rougit pas comme celle-ci le papier de tournesol, résultat évidemment dû à la réaction de l'acide libre de la manne sur le peu de carbonate de chaux contenu dans le charbon animal employé à la purification. Plus soluble dans l'alcool bouillant que la manne naturelle, la manne purifiée laisse cependant un léger résidu coloré en brun, et, chose remarquable, elle contient beaucoup moins de mannite. Ainsi, nous n'avons retiré de la manne de M. Dausse que 44 pour 100 de ce principe, tandis que la manne en larmes du commerce en a fourni 68 pour 100. Comme on voit, la manne commune purifiée, tout en revêtant les apparences de la manne en larmes, contient un tiers de moins d'un des principaux élémens de celle-ci, et, par une conséquence nécessaire, la matière muqueuse et le sucre ne s'y trouvent plus dans les mêmes proportions. L'expérience thérapeutique pouvait seule décider la question de savoir jusqu'à quel point les deux mannes reconnues, différentes dans la proportion de leurs composans, se rapprochaient ou s'éloignaient par leurs propriétés médicales. Celui des membres de la commission, que sa spécialité appelait à s'occuper de cet examen, a fait administrer la manne purifiée à plusieurs malades dans le service qui lui est confié à l'Hôtel-Dieu.

Voici le résumé de ses expériences:

Neuf malades d'âge, de constitution et d'état pathologique différens, ont pris chacun deux onces et demie de manne.

1 a eu 12 selles.
1 — 10
2 — 5 à 6
1 — 3 à 4
1 — 1
1 non observé
1 0
1 l'a vomie.

Résultat tout à fait analogue à celui qu'on obtient généralement de l'emploi de toute espèce de manne, que quelques personnes digèrent complétement et que d'autres vomissent après l'avoir prise. Ceci prouve, pour le dire en passant, combien il est difficile en thérapeutique de préciser nettement l'action de certains médicamens. Car si la manne, purifiée ainsi que nous l'avons établi dans ce rapport, diffère de la manne en larmes par une moindre proportion de mannite, de ce principe auquel plusieurs médecins rapportent la propriété purgative; si d'un autre côté le charbon animal s'empare en grande partie du principe nauséabond de la manne dans lequel d'autres auteurs font résider exclusivement l'action purgative de ce médicament, on devrait logiquement en conclure que la manne purifiée est moins purgative que la manne en larmes, et cependant l'expérience ne justifie pas cette induction.

Conclusion.

La commission est donc d'avis: 1° que la manne présentée à l'Académie, par M. Dausse, peut être employée sans inconvénient concurremment avec la manne en larmes;

2° Que le procédé annoncé par M. Dausse n'étant pas nouveau, il n'y a pas lieu d'accorder à ce pharmacien l'approbation qu'il sollicite, en ce qu'elle consacrerait une découverte là où il n'y a vraiment qu'une simple rénovation de procédé;

3° Que des remerciemens soient adressés à M. Dausse pour sa communication.

Signés: Honoré, Caventou et Planche, rapporteur.

Approuvé en séance, le 12 juillet 1836.

ANNALES

DE

CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

MAI ET JUIN 1836.

Recherches sur la nature de l'Éthal; par MM. J. Dumas et E. Péligot.

Les expériences bien connues de M. Chevreul sur le blanc de baleine et sur les produits de sa saponification ont fait voir qu'il se sépare pendant que celle-ci s'effectue un corps de nature neutre qu'il a désigné sous le nom d'*Éthal*. La composition de ce corps est telle qu'on peut le représenter par de l'hydrogène bicarboné et de l'eau, comme l'éther et l'alcool, ce que M. Chevreul a voulu rappeler en lui imposant le nom d'*Ethal*, qui est formé des premières syllabes réunies des noms de ces deux derniers corps.

En examinant les circonstances de la production de l'éthal, et en admettant qu'elle ait lieu comme celle de l'alcool qui se régénère, quand on décompose un éther par les alcalis, on est conduit à soupçonner l'existence d'un carbure d'hydrogène isomérique avec l'hydrogène bicarboné et le méthylène, mais tout différent de ces deux corps, par le mode de condensation de ses élémens.

Ethal. Pour vérifier cette conjecture, nous nous sommes procuré de l'Ethal pur, en saponifiant, comme le pratique M. Chevreul, le blanc de baleine par la potasse, décomposant le savon par l'acide chlorhydrique et saturant enfin les acides gras par la baryte. Les sels baritiques mêlés d'Ethal étant traités par l'alcool, celui-ci fournit par l'évaporation de l'Ethal presque pur; cependant nous l'avons redissous par l'éther qui en a séparé quelques traces de sels barytiques. Nous avons maintenu l'Ethal ainsi purifié pendant quelque temps en fusion d'abord à l'air, puis dans le vide, afin de le dépouiller de toute trace d'eau, et nous l'avons enfin distillé à une chaleur convenable (1).

L'Éthal ainsi préparé, nous a paru tout semblable à celui que M. Chevreul a étudié, et nous a offert la composition suivante:

0,330 matière donnent 0,423 eau et 0,945 acide carbonique; c'est-à-dire :

Carbone.	79,2
Hydrogène.	14,2
Oxigène.	6,6
	100,0

Ce qui s'accorde parfaitement avec l'analyse de M. Chevreul et avec la formule suivante :

C^{32}	1224,2	79,6
H^{34}	212,5	13,8
O	100,0	6,6
	1536,7	100,0

Pour rendre cette formule comparable à celle de l'alcool, il faut évidemment la doubler afin qu'elle renferme deux atomes d'oxigène, ce qui la transforme en $C^{64} H^{68} O^2$, ou bien en la formule rationnelle suivante, $C^{64} H^{64} + H^4 O^2$.

Ceci posé, nous devions obtenir, en traitant l'Ethal par des agens convenables, le carbure d'hydrogène $C^{64} H^{64}$ correspondant à l'hydrogène bicarboné, et le monohydrate $C^{64} H^{64} + H^2 O$ qui correspond à l'éther ordinaire.

Il était peu probable qu'on pût, au moyen de l'acide

(1) Nous croyons utile d'indiquer ici un procédé rapide et économique qui permet d'obtenir l'éthal en grande quantité. Il consiste principalement à opérer la saponification du blanc de baleine avec la potasse solide, et à transformer les acides gras en savon de chaux.

On prend 2 parties de blanc de baleine, on les fait fondre, et on y ajoute peu à peu 1 partie d'hydrate de potasse en menus morceaux, en ayant soin d'agiter sans cesse; la combinaison s'opère rapidement avec dégagement de chaleur. Lorsqu'elle paraît terminée et que les savons formés ont rendu la matière entièrement solide, on traite par l'eau, puis par l'acide chlorhydrique en léger excès. L'éthal et les acides devenus libres viennent, à l'aide de la chaleur, former à la surface une couche huileuse qu'on sépare par décantation; une seconde saponification opérée sur ce produit, de la même manière que celle qui vient d'être décrite, est nécessaire pour décomposer la petite quantité de blanc de baleine existant après ce premier traitement.

Les acides gras étant de nouveau séparés par l'acide chlorhydrique au moyen de la chaux éteinte en excès, on obtient des savons calcaires mélangés d'éthal : l'alcool dissout ce dernier corps, lequel, après avoir été séparé de l'alcool, est repris par l'éther sulfurique; il s'obtient alors dans un état de pureté parfait. Soumis à la distillation après l'évaporation de l'éther, il ne laisse dans la cornue aucun résidu.

sulfurique, séparer le carbure d'hydrogène dont il s'agit. En effet, l'acide sulfurique, comme on l'avait prévu, carbonise les produits, dès qu'on essaie de distiller un mélange d'Ethal, avec cet acide, soit qu'on le prenne à l'état anhydre, soit qu'on le prenne à l'état hydraté.

Nous avons donc cherché un corps avide d'eau et peu ou point oxidant et nous avons trouvé dans l'acide phosphorique une matière éminemment convenable à nos vues et propre sans aucun doute à rendre les plus grands services dans ce genre d'expériences.

Cétène. En distillant à plusieurs reprises l'Ethal avec de l'acide phosphorique pur et réduit en poudre, nous avons obtenu un composé huileux, bien plus volatil que l'Ethal. Son analyse nous a donné les résultats suivans :

0,403 de matière fournissent 1,413 acide carbonique et 0,514 eau, c'est-à-dire :

Carbone	85,3
Hydrogène	14,1
	99,4

ce qui indiquait suffisamment que nous avions affaire à un carbure d'hydrogène.

Pour obtenir ce composé, il faut que l'acide phosphorique soit pur et libre de toute base; l'acide du commerce ne nous a donné que des résultats très-imparfaits. Cependant en distillant l'Ethal deux ou trois fois sur l'acide phosphorique du commerce réduit en poudre, on peut lui enlever une certaine quantité d'eau.

Dans tous les cas, pour se procurer le nouveau carbure d'hydrogène tout à fait pur, il faut recourir à l'acide phosphorique anhydre. Ainsi en distillant les produits donnés par l'acide phosphorique ordinaire, une ou deux fois, avec de l'acide phosphorique anhydre, on obtient un produit très-pur, dont voici la composition :

0, 353 matière ont donné 0,153 eau et 1,100 acide carbonique, soit :

Carbone.	86,2
Hydrogène.	14,2
	100,4

ce qui s'accorde avec la formule du gaz oléfiant et du méthylène, ou pour mieux dire avec la formule suivante :

C^{64}.	2448,4	85,9
H^{64}.	400,0	14,1
	2848,4	100,0

d'où résulte comme nous l'avions prévu l'existence incontestable d'un carbure d'hydrogène isomérique avec le gaz oléfiant, mais dans un état de condensation bien différent.

En effet, d'après la densité de sa vapeur, on doit le considérer comme étant formé de 16 vol. de carbone et 16 vol. d'hydrogène condensés en un seul. Ainsi, chaque atome correspond à 4 vol., tout comme on l'a trouvé pour le méthylène, le gaz oléfiant, la naphtaline, la base du camphre artificiel, etc. Voici du reste les résultats de l'observation.

Excès du poids du ballon plein de vapeur sur le ballon plein d'air.	$0^{gr},510$
Capacité du ballon.	171 cent. cub.
Température de la vapeur.	337°
Baromètre.	0,762
Température de l'air.	20°
Air restant.	9.9 cent. c.
Poids du litre.	10,491
Densité.	8,007
La densité calculée serait représentée par	
64 vol. carbone.	26,982
64 vol. hydrogène.	4,403
	31,385

$$\frac{31,385}{4} = 7,846$$

C'est-à-dire que la densité de ce nouveau corps est seize fois plus forte que celle du méthylène, huit fois plus forte que celle du gaz oléfiant, etc.

C'est ce nouveau corps que nous désignons sous le nom de *Cétène*, emprunté aux termes bien connus de *Sperma ceti* et de *Cétine*, qui sont passés dans la langue des chimistes.

Le Cétène est liquide, incolore, huileux, et tachant le papier. Il bout à 275° et distille sans altérations; mais nous devons ajouter que nous n'avons pas déterminé ce point d'ébullition d'une manière rigoureuse. Il est insoluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcool ou l'éther, et sans réaction sur les papiers. Il n'a pas de saveur propre. Enflammé, il brûle à la manière des huiles grasses, avec une flamme blanche très-pure.

La nature de ce corps et l'ensemble de ses propriétés nous font penser qu'il conviendrait à l'horlogerie fine, en lui fournissant un corps gras, non volatil aux températures atmosphériques, non congélable et inaltérable à l'air.

Quoique l'acide phosphorique nous eût fourni le carbure d'hydrogène que nous cherchions, nous n'aurions pas regardé la nature de l'Ethal comme étant connue, si nous n'avions pu nous appuyer sur des phénomènes d'un autre ordre. En effet, l'acide phosphorique pouvait à la rigueur avoir déterminé la formation de l'eau, au lieu de se borner à séparer de l'eau toute formée.

Nous avons donc cherché à nous procurer la combinaison du Cétène correspondante à l'éther, mais nous n'avons pu parvenir à l'isoler, bien que nous l'ayons formée comme on va le voir.

Du reste, quoiqu'on puisse présumer que l'acide phosphorique enlève plus aisément à l'Ethal son premier atome d'eau que le second, on concevra que l'Ethal, son éther et le Cétène qui peuvent se mêler en toutes proportions, n'offriront que des mélanges inextricables tant qu'on n'aura d'autre moyen de séparation qu'une distillation ménagée. L'élévation du point d'ébullition de ces corps, la petite quantité sur laquelle on est forcé d'opérer rendent ce genre de recherches absolument infructueux.

Acide sulfocétique. Mais si le monohydrate de cétène n'a pas été obtenu à l'état libre, nous avons pu du moins nous procurer une combinaison qui lui correspond dans l'opinion de quelques chimistes, et qui, en tout cas, est aussi décisive, sinon davantage pour la théorie ; c'est le composé correspondant à l'acide sulfovinique.

La préparation de ce corps est très-facile, mais sa purification est si délicate que nos premières analyses nous eussent fort embarrassés, si nous n'eussions été guidés par une théorie qui n'a pas trompé notre confiance.

L'Ethal, mis en contact à froid avec l'acide sulfurique ordinaire, n'agit pas sur lui ; mais en chauffant au bain-marie et agitant très-souvent la masse, les deux corps se combinent et il se forme de l'acide sulfocétique.

Quand on dissout le produit brut dans l'alcool et qu'on le sature par de la potasse également dissoute dans l'alcool, il se forme du sulfate de potasse qui se dépose et du sulfocétate de potasse qui demeure dissous aussi bien que l'excès d'Ethal.

La liqueur filtrée et évaporée, laisse cristalliser le produit. En le redissolvant dans l'alcool absolu, on en sépare quelques traces de sulfate de potasse, puis on évapore l'alcool et on fait cristalliser une seconde fois.

Le nouveau produit renferme le sulfocétate de potasse et l'Ethal. Broyé avec de l'éther sulfurique et lavé à froid sur un filtre au moyen de cet agent, tant qu'il dissout quelque chose, ce produit se débarrasse de tout l'Ethal qu'il renfermait et laisse le sulfocétate de potasse pur.

C'est un sel en paillettes nacrées d'une blancheur parfaite.

Voici les résultats que son analyse nous a donnés :

I. 0,200 de sulfocétate chauffés dans une petite capsule en platine, brûlent en laissant du sulfate de potasse spongieux et grisâtre, qui chauffé au rouge devient d'un blanc pur, et pèse 0,048.

0,284 du même sel donnent 0,552 acide carbonique, et 0,237 eau.

II. 0,200 d'un autre produit laissent 0,048 de sulfate de potasse par la combustion.

III. 0,300 d'un troisième sel laissent 0,072 de sulfate par la combustion.

0,383 du même fournissent 0,735 acide carbonique, et 0,315 eau ;

0,500 du même sel calcinés avec 2 gr. de nitre et 2 gr. de carbonate de soude fournissent après la sursaturation du résidu au moyen de l'acide azotique et la précipitation par le chlorure de barium 0,346 de sulfate de baryte.

En répétant cette dernière épreuve sur un autre produit, elle a donné exactement le même résultat.

En réunissant les chiffres des analyses I et III on arrive donc aux résultats suivans :

	I.	III.
Sulfate de potasse.	24,0	24,0
Acide sulfurique.	»	11,7
Carbone.	53,8	53,1
Hydrogène.	9,2	9,1
Oxigène.	»	2,1
		100,0

La constance des résultats nous autorisant à regarder le sel comme pur, nous avons calculé la composition du sulfocétate de potasse pour la comparer à cette analyse. D'après la formation même du sel, il ne devait pas contenir d'eau de cristallisation, ce qui nous a conduits à le calculer d'abord d'après la formule $S\,O_3$, $K\,O + S\,O^3$, $C^{64}\,H^{64} + H^2\,O$, qui nous a donné les résultats suivans :

64 at.	carbone.	2448	53,7
66	hydrogène.	412	9,0
1	sulfate de potasse.	1090	23,9
1	acide sulfurique.	501	11,0
1	oxigène.	100	2,4
		4551	100,0

Les résultats de l'analyse et ceux du calcul sont tellement conformes, qu'on ne saurait mettre en doute la convenance de la formule adoptée.

L'existence du Cétène et celle de l'acide sulfocétique vérifiaient déjà suffisamment la théorie que nous avions admise ; mais nous avons voulu la poursuivre dans toutes ses conséquences essentielles, et après avoir formé les corps correspondans à l'alcool, à l'hydrogène bicarboné et à l'acide sulfovinique, nous avons voulu obtenir un composé de la classe des éthers anhydres, c'est-à-dire de ceux que les hydracides produisent.

Chlorhydrate de cétène. Parmi les réactions qui nous ont paru de nature à fournir un produit de cette classe, celle du perchlorure de phosphore sur l'Ethal a fixé d'abord notre attention, en raison de son énergie et de sa netteté.

Quand on mêle dans une cornue à peu près volumes égaux d'Ethal et de perchlorure de phosphore, l'un et l'autre en fragmens, il s'établit bientôt une réaction vive, les deux corps fondent, s'échauffent, une ébullition se manifeste et il se dégage une grande quantité d'acide chlorhydrique. En chauffant ensuite la cornue, on obtient du protochlorure de phosphore, puis du perchlorure, puis enfin du chlorhydrate de cétène. Il reste dans la cornue de l'acide phosphorique et probablement de l'acide phosphocétique.

Il est utile de reprendre le produit de la distillation et de le redistiller avec un peu de perchlorure de phosphore.

On traite par l'eau froide la matière ainsi obtenue, ce qui détruit en grande partie les chlorures de phosphore qu'elle contient. Le produit huileux qui se sépare en retient toujours un peu cependant, qu'on lui enlève en le faisant bouillir avec de l'eau à cinq ou six reprises.

On le dessèche ensuite dans le vide à une température modérée de 120° environ.

Malgré ces traitemens, il retient toujours des traces d'acide chlorhydrique libre, qu'on ne peut lui enlever qu'en le distillant sur une très-petite quantité de chaux éteinte récemment rougie.

Ainsi préparé, ce produit nous a donné les résultats suivans à l'analyse.

0,403 matière fournissent 1,083 d'acide carbonique, et 0,445 d'eau.

0,285 id. décomposés par la chaux incandescente produisent 0,155 de chlorure d'argent.

Ces résultats donnent donc :

Carbone.	74,3
Hydrogène.	12,2
Chlore.	13,0
	99,5

Ce qui semble s'accorder assez bien avec la formule de chlorhydrate de Cétène, qui aurait donné en effet :

C^{64}.	2448	74,1
H^{66}.	412	12,4
Ch^{2}.	442	13,5
	3302	100,0

Cependant, comme il arrive ordinairement, dans les analyses organiques, au moins dans celles que nous exécutons, que l'hydrogène est un peu plus élevé dans l'expérience que dans le calcul, et qu'ici le contraire se présentait, on a préparé une nouvelle quantité de matière qu'on a analysée avec le plus grand soin. Voici les résultats obtenus :

0,400 donnent 1,065 acide et 0,444 eau ;

0,601 du même fournissent 0,335 de chlorure d'argent.

Ce qui produit en centièmes :

Carbone.	73,67
Hydrogène.	12,32
Chlore.	13,70
	99,69

Et quoique l'hydrogène soit encore un peu fort, il paraîtra difficile d'assigner à ce composé une formule différente de celle qui précède.

Nous avons essayé de produire l'iodhydrate de cétène, mais malgré tous nos soins, il nous a été impossible d'obtenir un produit défini. Pour le faire, nous distillions un mélange d'Éthal, d'iode et de phosphore. La réaction très-vive fournissait souvent une huile, mais souvent aussi un produit qui, en épuisant l'action, prenait la consistance du cérat.

Nous n'avons pas essayé de former d'autres combinaisons. Quoique nous ayons soumis l'Éthal à l'action de l'acide azotique, à celle du chlore, les produits obtenus ne nous ont rien offert d'assez achevé pour en parler ici.

Blanc de baleine. La nature exacte du blanc de baleine, déjà si bien connue par les précieuses observations de M. Chevreul, peut s'exprimer d'une manière assez simple, à l'aide des nombres qu'elles fournissent et de la connaissance du cétène.

M. Chevreul a fait l'analyse du blanc de baleine qu'il a trouvé composé de

Carbone.	81,6
Hydrogène.	12,8
Oxigène.	5,6
	100,0

Si on disait que cette composition se représente par

472 at. de carbone.	18058	81,2
445 at. d'hydrogène.	2781	12,5
14 at. d'oxigène.	1400	6,3
	22239	100,0

on étonnerait beaucoup sans doute les chimistes habitués à la simplicité des formules inorganiques et même ceux qui s'occupent de l'analyse organique. Quand on en vient à faire usage de telles formules, il faut plus d'une démonstration de leur vérité ; et la composition élémentaire, qui seule ne suffit jamais pour donner la formule rationnelle des corps, a si peu d'importance en pareil cas, que l'on pourrait trouver vingt formules plus simples que celle qui précède et s'accordant aussi bien ou mieux qu'elle avec la composition élémentaire du blanc de baleine.

Ce n'est pas non plus, hâtons-nous de le dire, sur la composition élémentaire de ce produit que notre formule repose, mais bien sur les considérations suivantes.

Le blanc de baleine serait un éther à double acide, ou en d'autres termes, un composé de margarate et d'oléate de cétène qui aurait pour formule :

$$2\,(C^{70}\,H^{65}\,O^{3},\ C^{64}\,H^{64},\ H^{2}\,O) + C^{140}H^{117}\,O^{5},\ C^{64}\,H^{64},\ H^{2}\,O,$$

soit, en sommant les élémens communs :

$$C^{472}\,H^{445}\,O^{14}.$$

Ainsi, le blanc de baleine renfermerait selon cette formule rationnelle :

2 at.	acide margarique.	6768
1	acide oléique.	6587
3	cétène.	8544
3	eau.	337
		22236

Et il devrait par sa saponification fournir des acides hydratés et de l'éthal en prenant les proportions d'eau suivantes qui se fixeraient sur chacun de ses élémens.

2 at.	acide margarique.	6768 + 2 at. eau.	225
1	acide oléique.	6587 + 2 at. eau.	225
3	cétène	8544	
3	eau.	337 + 3 at. eau.	337
		22236	787

D'où il suit que 100 parties de blanc de baleine, en se sponifiant, devraient fixer 3,5 d'eau, et donner 103,5

d'éthal ou d'acides gras hydratés. M. Chevreul en recueillant ces divers produits en a obtenu 101,6. Sans contredire la formule sur laquelle repose notre calcul, ce résultat ne peut servir à la démontrer.

Mais nous voyons de même que 100 parties de blanc baleine doivent fournir par la saponification 41,6 d'éthal ; M. Chevreul en a obtenu 40,6, différence insignifiante, quand il s'agit de produits de cette espèce.

100 parties de blanc de baleine doivent fournir 61,9 d'acides hydratés ; M. Chevreul en a obtenu 60,9, ce qui indique une perte proportionnelle à celle de l'Éthal.

Enfin, la formule nous indique qu'il doit se former 6993 d'acide margarique pour 6812 d'acide oléique tous les deux hydratés ; pour vérifier ce rapport, le point de fusion du mélange suffit. D'après M. Chevreul, il est placé à 45° centig. ce qui correspond à un mélange d'acide margarique et oléique dans le rapport de 70,65 au lieu de 70,68 que donne la formule. En supposant du reste une erreur d'un demi-degré sur ce point de fusion les rapports deviendraient égaux, et tous les chimistes savent combien le point de fusion des corps gras est délicat à déterminer.

Ainsi pour nous borner aux épreuves décisives, le blanc de baleine fournit par sa saponification, de l'Éthal et des acides oléique et margarique hydratés, sans autre produit·

100 parties de blanc de baleine forment	. . . . .	40,6 d'éthal.
	60,9 d'acides fusibles à 45° et contenant d'après cela . .	31,6 acide margar. 29,3 acide oléique.
		101,5

Tandis qu'on aurait par le calcul fondé sur la formule très-simple que nous avons admise plus haut les nombres presque semblable qui suivent :

100 parties de blanc de baleine = .	. . . . .	41,6 d'éthal,
	61,9 d'ac. contenant.	31,4 acide margar. 30,5 acide oléique.

On essayerait vainement, à ce qu'il nous semble, de présenter à ces nombres par une formule différente de celle que nous avons choisie, et il faut bien accepter l'existence d'une combinaison renfermant 931 atomes, savoir : 472 atomes de carbone, 445 d'hydrogène et 14 atomes d'oxigène. Rapports bizarres, qui feraient le désespoir des chimistes, si la théorie des éthers n'en donnait la clef.

Est-il permis de remarquer, à cette occasion, qu'il serait fort étrange, si on n'admettait aucune disposition préexistante dans le blanc de baleine, que les atomes qui le composent se fussent groupés précisément en de tels rapports, et pour former un atome composé renfermant 931 atomes préliminaires.

Du reste, une fois admis que le blanc de baleine est formé de 472 at. de carbone, 445 at. d'hydrog., et 14 at. d'oxigène, on peut choisir entre cette expression brute, et l'expression rationnelle suivante :

2 at. acide margarique 2 at. cétène 2 at. eau	2 at. margarite de cétène	1 at. de blanc de baleine.
1 at. acide oléique 1 at. cétène 1 at. eau	1 atome oléate de cétène	

Si ce tableau ne représente pas véritablement l'état moléculaire du blanc de baleine, il faut avouer du moins que toutes les apparences sont en sa faveur.

La seule difficulté qu'on y remarque consiste en ce que le margarate neutre de cétène s'y trouve uni à du bioléate de cétène. Cette difficulté disparaîtrait, si on admettait que l'acide oléique, comme l'acide phosphorique, pût offrir diverses modifications. L'oléate neutre de cétène qu'on admet ici correspondrait aux pyrophosphates neutres, les oléates ordinaires correspondant à leur tour aux phosphates ordinaires.

Quoi qu'il en soit, il existe dans le blanc de baleine, d'après les produits que M. Chevreul en a obtenus, deux atomes d'acide margarique et un atome d'acide oléique, capables de saturer ensemble quatre atomes de base. Or il n'y a que trois atomes de cétène. Il faut donc que le blanc de baleine renferme un sel acide ou qu'il contienne de l'acide oléique modifié. Cette remarque pourra devenir utile dans la discussion des caractères et de la composition des corps gras.

En effet elle tend à ranger la saponification dans une classe de faits composés où l'on aurait à la fois une réaction analogue à celle d'un éther qui se décompose par un alcali, et une réaction analogue à celle que M. Graham a reconnue entre les bases en excès et les acides pyro et métaphosphorique.

Ainsi, dans la saponification du blanc de baleine, l'acide oléique deviendrait non seulement libre, mais encore changerait d'état, en ce sens que dans le corps gras il était combiné à un seul atome de base, et que hors du corps gras il en prendrait deux.

On ne peut manquer d'être frappé, en parcourant ce mémoire, de la difficulté que nous avons éprouvée, quand il a fallu tirer de l'Éthal toutes les combinaisons du cétène.

Cette difficulté tient à des causes générales. De même que le gaz oléfiant se combine moins aisément et produit des composés moins stables que le méthylène ; de même aussi, le cétène produit des composés moins stables et les forme bien plus difficilement que le gaz oléfiant.

On peut donc admettre que dans la série si remarquable, produite par les quatre corps suivans :

$C^4\ H^4$ méthylène.	1
$C^8\ H^8$ gaz oléfiant.	2
$C^{16}\ H^{16}$ hydrogène quadricarboné.	4
$C^{46}\ H^{46}$ cétène.	16

A mesure que la condensation augmente, la stabilité et l'affinité diminuent.

Au contraire, à mesure que la condensation augmente, le point d'ébullition s'élève, tant dans ces corps

que dans leurs dérivés, et pour n'en citer qu'un exemple, on voit facilement que

l'esprit de bois bouillant	à	66°
l'alcool.	à	79
l'éthal.	vers	400

offrent les mêmes rapports généraux que

le chlorhydrate de méthylène.		gazeux.
l'éther chlorhydrique bouillant	à	11°
le chlorhydrate de cétène	vers	300, etc.

Plus nous examinons ces carbures d'hydrogène isomériques, plus nous demeurons convaincus qu'ils sont au plus haut degré dignes de l'attention du physicien curieux de démêler les rapports qui lient la composition des corps à leurs propriétés moléculaires.

Sur l'Hydrobenzamide ; par M. A. Laurent.

Dans un mémoire que j'ai publié dans ces Annales, sur la réaction de la potasse sur le benzoïle, j'ai été conduit à supposer que l'essence d'amandes amères pouvait jouer le rôle d'un hydracide, et que le résultat de cette action était du benzoate et de l'hydrobenzoate de potasse. Dans un autre mémoire, j'ai avancé la proposition suivante : toutes les fois que l'hydrogène entre dans une combinaison, mais hors du radical, il forme un hydracide ou une hydrobase. Pour vérifier ce point de vue, j'ai fait passer un courant de gaz ammoniaque dans de l'essence d'amandes amères; la liqueur s'est échauffée et est devenue pâteuse, sans cependant se prendre en masse solide. Déjà Karls avait fait la même opération; tout s'était solidifié, mais la matière qu'il a ainsi obtenue n'a pas été examinée. Ayant essayé de purifier celle que j'avais préparée, j'y ai renoncé après m'être assuré qu'elle renfermait plusieurs substances différentes provenant, sans aucun doute, de ce que l'essence d'amandes amères renferme au moins trois principes différens, qui rendent l'action de l'ammoniaque complexe.

J'ai alors distillé de l'essence et mis à part celle dont le point d'ébullition était d'environ 180° et qui est, d'après mon analyse, de l'hydrure de benzoïle à peu près pur. Je l'ai introduite dans un flacon, et par dessus j'ai versé de l'ammoniaque liquide, en ayant soin de ne pas agiter. J'ai gravé sur le verre un trait à la jonction des deux liquides, et j'ai abandonné le flacon pendant plusieurs jours après l'avoir fermé. Au bout d'une semaine le fond du flacon était couvert d'une couche de cristaux de la grosseur d'un grain de blé; huit jours après les 9/10 de l'essence étaient solidifiés; ayant attendu encore huit jours, et le dernier dixième de l'essence étant resté liquide, je l'ai décanté; le volume de l'essence avait un peu diminué, tandis que celui de l'ammoniaque avait augmenté, cependant la somme des deux volumes était restée sensiblement la même. Pour purifier la croûte cristalline qui s'était formée, je l'ai concassée et je l'ai agitée rapidement avec un peu d'éther pour dissoudre l'huile adhérente aux cristaux. J'ai ensuite fait dissoudre ceux-ci dans l'alcool bouillant, qui a laissé une petite quantité d'une poudre blanche, semblable à celle qu'on obtient par la réaction de l'ammononiaque sèche sur l'essence non rectifiée, puis j'ai abandonné la dissolution au refroidissement et à l'évaporation spontanée. Des cristaux très-réguliers se sont déposés sous la forme d'octaèdres à base rectangulaire, le plus souvent alongés dans le sens des grandes arêtes du rectangle de la base, de sorte qu'ils passaient au prisme droit à base rhomboïdale dont les angles solides, aigus, étaient remplacés par des faces triangulaires. Ces cristaux sont incolores, inodores, insipides; mais la dissolution alcoolique possède une saveur qui rappelle celle des pralines. Ils sont insolubles dans l'eau, très-solubles dans l'alcool et l'éther. Ils entrent en fusion vers 110°, et donnent une huile épaisse qui reste très-longtemps liquide et possède une saveur faiblement sucrée; ce n'est qu'au bout d'un jour qu'elle commence à se solidifier en devenant opaque et en donnant une masse contournée à peine cristalline. Je ne sais si la fusion en a changé la nature. Chauffés, ils s'enflamment en répandent une odeur qui n'est point désagréable; soumis à la distillation, ils laissent un léger résidu de charbon en donnant une huile volatile et une matière cristalline nouvelle. Le potassium, à l'aide de la chaleur, les décompose; il se forme une substance rouge, fusible.

L'acide hydrochlorique froid les décompose, il se dégage une huile qui est de l'hydrure de benzoïle, car elle se transforme au contact de l'air en acide benzoïque; on obtient en même temps de l'hydrochlorate d'ammoniaque.

La potasse bouillante ne paraît pas les altérer. Si on les fait bouillir longtemps avec de l'alcool, ils se dissolvent en laissant dégager un peu d'ammoniaque. Si on évapore la dissolution on obtient de nouveau des cristaux octaédriques mêlés avec un peu d'huile.

La préparation de cette subtance par l'ammoniaque liquide et sa décomposition en essence et en ammoniaque par l'acide hydrochlorique me firent penser que c'était de l'hydrobenzoate d'ammoniaque; mais je ne pouvais concevoir pourquoi le volume de l'essence avait diminué; diminution qu'on peut attribuer seulement à la plus grande densité des cristaux formés, puisque le volume de l'ammoniaque avait augmenté.

L'analyse faite par les procédés ordinaires m'a présenté une grande difficulté; sur cinq opérations, trois m'ont donné une détonation. L'azote se dégage en grande quantité dans le commencement; il se forme sans doute une matière qui exige une haute température pour se volatiliser, de sorte que la chaleur s'élève assez dans le tube par l'effet de la réduction de l'oxide de cuivre pour que le tube devienne incandescent et fasse explosion.

0gr,400 de matière ont donné :
1,221 d'acide carbon. renferm. 0,337619 de carbone,

0,230 d'eau renferment 0,025531 d'hydrogène,
0,036850 d'azote.

0,400000

Une autre analyse faite pour déterminer directement l'azote a donné 9, 8 pour cent.

Calculés en atomes et pour cent, ces nombres donnent :

		Calculé.	Trouvé.
C^{28}	1071.3	84,75	84,405
H^{12}	75.0	5,94	6.383
Az_4l_3 . . .	117,3	9,31	9,212 par différ.
	1263,6	100,00	100,000

La formule qui convient à ce composé, que je nomme hydrobenzamine, est $C^{28}\ H^{12}\ Az^4l_3$; elle représente du sesqui-hydrobenzoate d'ammoniaque, moins de l'oxigène et de l'hydrogène dans les proportions nécessaires pour former de l'eau. Cette formule est digne de remarque sous plusieurs rapports.

1° Elle explique très-bien la préparation de cette amide, et sa transformation en ammoniaque et en hydrure de benzoïle, ainsi que le fait voir l'équation suivante.

$$\underbrace{C^{28}\ H^{12}\ O^2}_{\text{Hydrure.}} + H^4\ Az^3l_4 - \underbrace{C^{12}\ H^{12}\ Az^3l_4}_{\text{Amide.}} + H^4\ O^2.$$

2° C'est, je crois, la première fois que l'ammoniaque liquide perd tout son hydrogène pour former une amide; et de plus la formation des amides n'a jamais lieu qu'avec les oxacides anhydres et l'ammoniaque également anhydre, parce que ces corps ne peuvent former des sels sans la présence de l'eau.

3° Elle fait voir que, quoique l'hydrure de benzoïde ne puisse se combiner avec l'ammoniaque, il n'en joue pas moins le rôle d'un acide, puisqu'il peut comme eux former des amides; et je pense que lorsque j'ai traité le benzoïle par la potasse, il s'est formé du benzoate et de l'hydrobenzoate de potasse ; et que c'est la présence de l'acide benzoïque qui m'a masqué les propriétés de l'hydrure de benzoïle mis en liberté par un acide ; car j'ai fait voir qu'il se formait une huile, qui prenait une belle couleur rose carminée par le contact de l'acide sulfurique, comme l'hydrure ; j'ai ajouté que ce n'était peut-être pas ce dernier corps qui se formait, puisqu'il se solidifiait par le refroidissement. J'aurai sans doute obtenu un mélange d'hydrure et d'acide benzoïque, et celui-ci aura entraîné dans sa cristallisation le premier.

4° Enfin, cette formule se fait encore remarquer par l'absence de l'oxigène et par la fraction de l'azote.

Comme c'est la première amide formée avec un hydracide, et comme ce ne sera probablement pas la seule, je propose de donner le nom d'hydramide à cette sorte de composé.

Voilà un corps qui se rattache aux combinaisons du benzoïle et qui, cependant, ne renferme plus ce radical; de quelle manière faut-il l'envisager ? Les combinaisons de l'azote sont si singulières et ont si peu de rapports avec celles des autres corps, que je crois qu'il est plus sage de m'abstenir de toute hypothèse sur ce sujet.

Depuis la publication de ma théorie sur les combinaisons organiques, les mémoires publiés sur la chimie végétale dans ces annales sont venus la confirmer. Cette proposition que j'ai avancée, savoir : *que l'hydrogène, placé hors du radical, devait former un hydracide*, a dû paraître hazardée, puisque je n'avais aucun fait à l'appui ; l'hydrobenzamide vient lui donner une preuve indirecte ; mais l'intéressant travail de M. Lowig sur le spiroïle est venu la confirmer d'une manière complète, ainsi que la plupart des autres propositions que j'ai avancées. Je vais le démontrer en peu de mots.

Le spiroïle radical a pour formule C^{24}, H^{10}, O^4. Si par la pensée on remplace O^4 par son équivalent H^8, supposé primitivement enlevé par substitution, on aura pour radical fondamental C_2, $H_1{}^8$ dans lequel le carbone et l'hydrogène doivent être en rapport simple ; en effet, 24 : 18 : 4 : 3.

L'hydrure de spiroïle est un véritable hydracide, analogue à l'acide hydrocyanique et forme des spiroïlures bien définis.

Les chlorure, bromure et iodure de spiroïle sont des acides analogues aux chlorides de phosphore, etc.

L'acide hydrospiroïlique ; traité par l'acide nitrique, perd son hydrogène en excès ; qui est remplacé par de l'oxigène, mais plus que par son équivalent, et donne de l'acide spiroïlique. Or, d'après ma proposition, les corps qui sont au delà du radical peuvent être enlevés par l'oxigène, par exemple, sans être remplacés, ou en les remplaçant par une quantité quelconque d'oxigène, sans qu'il soit nécessaire que ce soit juste par leur équivalent ; et ici, en effet, H^2 de l'acide hydrospiroïlique est remplacé par O^4.

Le sulfure de carbone, analogue par sa composition à l'acide carbonique, devait jouer le rôle d'un acide ; ce point de vue vient d'être mis en évidence par M. Couerbe.

M. Fremy vient de faire connaître deux nouveaux carbures d'hydrogène, dans lesquels on trouve toujours des rapports simples et qui forment avec le chlore deux combinaisons analogues à la liqueur des Hollandais. Je suis persuadé que si on traite ces deux derniers composés par la potasse, on leur enlèvera la moitié du chlore à l'état d'acide hydrochlorique.

M. Péligot vient de faire connaître un nouvel acide qu'il a obtenu en traitant le benzoate d'argent par le brôme. Comme il se dégage de l'acide hydrobrômique dans cette opération, il faut donc remplacer l'hydrogène enlevé dans le radical par son équivalent de brôme, en plaçant celui-ci dans le radical. L'oxigène de l'oxide d'argent doit se placer hors du radical, et la formule de cet acide devient $C^{28}(H^9Br)\ O^2 + O^2$ (1), qui renferme un radical dérivé du benzoïle.

(1) En plaçant l'hydrogène et le brôme entre deux parenthèses, je veux presque faire voir que ces substitutions ne sont pas sans analogie avec l'isomorphisme.

J'espère faire connaître dans peu de temps un nouvel acide chloruré, et prouver que tout le chlore qu'il renferme est dans le radical, tandis que tout son oxigène est au delà. Ces acides viendront à l'appui de l'hypothèse que j'ai faite, en regardant le chloral comme une combinaison d'un acide inconnu que j'ai nommé chloroacétique; je suis même très-disposé à croire qu'on obtiendra cet acide en traitant l'aldéhydrate d'argent par le chlore.

Enfin, la phloridzine et la salicine se trouvent dans l'écorce de certains arbres; cette analogie de gisement a, je le présume, porté M. de Koning, à qui l'on doit la découverte de la première substance, à les comparer, et il a trouvé qu'elles avaient beaucoup de rapports. Voyons s'il y en a dans leur composition chimique;

$C^{14}H^{10}O^{4}$ est la formule de la salicine.
$C^{14}H_{9}O^{4}1^{2}$ est celle de la phloridzine.

J'écris la première ainsi $C^{14}H^{8}O_{3}+H^{2}O$, dérivant de $C^{14}H^{14}$. On voit que si on pouvait lui enlever H dans le radical, il faudrait le remplacer $O^{1/2}$ et on obtiendrait la phloridzine dont la formule devrait être $C^{14}H^{7}O^{5\,1/2}+H^{2}O$.

Il serait intéressant de voir si ces deux substances se rencontrent ensemble dans les mêmes végétaux, et surtout d'examiner si la formation de la salicine précède celle de la phloridzine; alors il serait très-facile de comprendre comment la première se transformerait, par le contact de l'air, dans la seconde.

Action du Plomb sur les Arsénio-Sulfures de Fer, de Cobalt, de Nickel et de Cuivre; par M. P. Berthier.

Le mispickel, ou arsénio-sulfure de fer FAS, composé de :

Fer.	0,335
Arsenic.	0,465
Soufre.	0,200
	1,000

chauffé à la chaleur de 150° dans un creuset brasqué, avec addition d'un peu de borax, perd 0,45 de son poids et se change en une matte cristalline, cassante, d'un gris jaune pâle et très-magnétique. Lorsqu'on traite cette matte par l'acide muriatique concentré et bouillant, elle est facilement attaquée; il se dégage beaucoup d'hydrogène sulfuré, et au moment où les dernières portions de soufre se séparent, le résidu, composé de petites écailles métalliques d'un gris noir, se trouve être de l'arséniure de fer $F^{2}A$, qui contient :

Fer.	0,59
Arsenic.	0,41

Mais si l'on continue à faire agir l'acide muriatique à la chaleur de l'ébullition, cet arséniure est attaqué lui-même avec dégagement de gaz hydrogène, et il finit par se transformer en un autre arséniure, deux fois plus arsénié, FA, qui n'est plus attaquable, et qui est composé de :

Fer.	0,419
Arsenic.	0,581

La moitié du fer que contenait l'arséniure $F^{2}A$ se dissout donc dans l'acide muriatique, sans qu'il se dégage une quantité notable d'arsenic.

Dans l'acte de la fusion, le mispickel perd la moitié du soufre (0,10) et les trois quarts de l'arsenic (0,351) qu'il contient, ce qui équivaut à 0,234 de réalgar $\overline{A''}$ et 0,117 d'arsenic. Si l'on ajoutait 1/4 d'atome de pyrite de fer, comme elle abandonnerait du soufre en se changeant en proto-sulfure, l'arsenic qui se sublimerait serait en totalité à l'état de sulfure. La matte que l'on obtient est composée de :

Fer.	0,6090	— 4 at.
Arsenic.	0,2095	— 1
Soufre.	0,1815	— 2
	1,0000	

et doit être considérée comme formée de 1 atome de sous-arséniure de fer $F^{2}A$ (0,515) et de 2 atomes de proto-sulfure FS (0.485).

L'addition du plomb modifie considérablement ce résultat, comme on va le voir :

10 gr. de mispickel pur,
60 gr. de plomb en grenailles très-fines.
———
70

Ayant été chauffés dans un creuset brasqué à 150°, on a eu un culot de plomb pesant 37 gr., surmonté d'une matte qui s'en est séparée très-nettement et qui pesait 5 gr.; la perte par volatilisation a donc été de 18 gr.

Le culot de plomb était un peu aigre, à cassure grenue, d'un gris noir. Il contenait :

Arsenic.	0gr,75
Soufre.	0 ,12

Mais il ne renfermait pas la plus petite trace de fer. La matte était compacte, grenue ou un peu cristalline, d'un gris cendré jaunâtre, moins foncé que la matte précédente et très-magnétique. On l'a trouvée composée de :

Fer.	3gr,35	— 0,67
Arsenic.	1 ,25	— 0,25
Soufre.	0 ,40	— 0,08
	5 ,00	— 1,00

En la faisant bouillir longtemps dans de l'acide muriatique concentré, elle laisse la moitié de son poids d'arséniure FA, sous forme d'une poudre noire. Cette composition équivaut à 0,216 de proto-sulfure de fer,

0.610 d'arséniure $F^2 A$ et 0,174 de fer en excès. S'il y avait 0,10 de soufre et 0,23 d'arsenic, 1 atome de la matte contiendrait 1 atome de fer et sa composition se représenterait exactement par 1/4 d'atome de protosulfure de fer FS (0,267), 1/4 atome de sous-arséniure de fer $F^2 A$ (0,565) et 1/4 d'atome de fer F (0,167) ou plutôt 1/4 d'atome d'un sous-arséniure $F^3 A$ (0,733). Mais il est probable que la proportion de soufre qui se volatilise varie et augmente en raison de la proportion de plomb que l'on ajoute au mispickel.

Les matières volatilisées dans l'expérience se composent d'environ 1gr,5 de soufre, 2gr,7 d'arsenic et de 13gr,8 de plomb, d'où l'on voit que plus du tiers du plomb sublimé se dégage à l'état de galène. Le plomb exerce une action décomposante, tant sur l'arséniure que sur le sulfure de fer ; mais le sulfure de plomb étant beaucoup plus volatil que l'arséniure, il reste une proportion beaucoup plus forte d'arsenic que de soufre dans le culot plombeux. Enfin, l'expérience apprend que l'arsénio-sulfure de fer ne se mêle aucunement avec le plomb.

On sait que le cobalt gris est une espèce minérale qui, par sa composition atomique, correspond au mispickel. A l'état de pureté cette espèce contiendrait :

Cobalt.	0.354—1 at.
Arsenic.	0,453—1
Soufre.	0,193—1
	1,000

Mais elle ne se rencontre jamais à cet état, et à Tunaberg, qui fournit les échantillons les plus beaux, elle est toujours mélangée d'une proportion assez grande de pyrite de fer et d'une petite quantité de cuivre pyriteux. Lorsqu'on chauffe très-fortement le minerai de Tunaberg, il perd 0,30 à 0,40 de son poids et il s'en dégage du sulfure d'arsenic, en proportion d'autant plus grande que la température est plus élevée et qu'on la maintient pendant un plus long temps. Les expériences qui ont été faites montrent que le cobalt gris se transforme d'abord, et assez facilement (à la chaleur de 150° p.), en arsénio-sulfure $C^2 A S$, qui serait composé de :

Cobalt.	0,523
Arsenic.	0,334
Soufre.	0,143
	1,000

et en perdant 0,322 de réalgar. Mais cet arsénio-sulfure se décompose bientôt lui-même, non pas comme le mispickel en abandonnant de l'arsenic, mais en laissant au contraire dégager du soufre pour finir par se transformer en sous-arséniure $C^2 A$, composé de :

Cobalt.	0,611
Arsenic.	0,389

Cependant il paraît que cette transformation ne peut s'effectuer complétement qu'à l'aide d'une très-forte chaleur long temps soutenue, car dans tous les essais que l'on a faits avec le minerai de Tunaberg, la moindre proportion de soufre que l'on ait trouvée dans la matière fondue, n'a jamais été au-dessous de 0,05 à 0,06.

Le plomb, par l'action qu'il exerce sur le soufre, détermine au contraire très-facilement la transformation du cobalt gris en sous-arséniure à peu près pur ; la température de 50° p. est même suffisante pour cela ; mais à cette température une partie de la matte reste disséminée çà et là dans le plomb, quelque grande que soit la proportion employée de celui-ci. Ce mélange se distingue très-bien à la loupe, et il est facile de reconnaître que les portions inférieures du culot en sont moins chargées que les portions supérieures. Quant à la matte, elle ne retient pas la plus petite trace de plomb ; elle est compacte, cassante, à cassure conchoïde très-éclatante et d'un blanc d'argent. Il s'en sépare une proportion d'autant plus grande à l'état de pureté que la température à laquelle on soumet l'essai est plus élevée, et à 150° pyr. la séparation est presque complète comme le prouve l'expérience ci-dessous.

100 gr. de plomb en grenailles fines,	
20 gr. de minerai de Tunaberg,	
120	

ayant été chauffés dans un creuset brasqué à 150°, on a eu un culot pesant 92 gr. 50, et qui se composait de 79 gr. 6 de plomb et de 12 gr. 9 de matte, d'où il suit qu'il a dû se volatiliser 7 gr. 1 de soufre et d'arsenic et 20 gr. 4 de plomb, ou le cinquième de celui qui a été employé.

Le plomb a été trouvé composé de :

Cobalt.	0gr.574—0,0072
Fer.	0 ,076—0,0009
Cuivre.	0 ,079—0,0009
Arsenic.	1 ,703—0,3218
Soufre.	0 ,220—0,0028
Plomb.	76 ,918—0,9664
	79gr.600—1,0000

La matte contenait :

Cobalt.	5gr,972 — 0,4641
Fer.	1 ,274 — 0,0993
Cuivre.	0 ,124 — 0,0079
Arsenic.	4 ,438 — 0,3438
Soufre.	0 ,154 — 0,0124
Quartz.	0 ,938 — 0,0633
	12gr,900 — 0,9908

Le quarz était mêlé en petits grains cristallins dans le minerai et n'avait pas pu en être séparé. Dans la matte, il y a à peu près 2 atomes de cobalt et de fer pour 1 atome d'arsenic et de soufre.

Le minerai préalablement fondu, et retenant encore environ 0,10 de soufre, donne aussi du sous-arséniure à peu près pur, lorsqu'on le chauffe avec du plomb à la chaleur de 50 à 60° pyrométriques.

Le nickel gris $N\ A\ S$ existe dans la nature; mais ce minéral est trop rare pour qu'on puisse l'employer aux expériences de laboratoire: il est probable qu'il éprouverait par la chaleur seule la même décomposition que le mispickel; car en chauffant ensemble à 150° p., dans un creuset brasqué,

5gr,15 de sulfure de nickel.	$N\ S$ — 1 at.
5 ,45 d'arséniure de nickel pur.	$N^2\ A$ — 1 at.
10 ,60	

on a obtenu un culot qui pesait 10gr,15 au moins; d'où il suit que la perte n'a été que de 0 gr, 45 de 0 gr, 04 au plus. L'arséniure et le sulfure n'avaient donc pas sensiblement réagi l'un sur l'autre, et la matière fondue devait être, comme avec le mispickel, une combinaison de sulfure et de sous-arséniure.

Mais le plomb agit bien plus profondément sur le nickel gris que sur le mispickel et même que sur le cobalt gris. On a fondu à 150° p., dans un creuset brasqué,

5 gr. de sulfure de nickel $N\ S$ conten.	soufre. . 1,77	6 , 29
	nickel. . 3,23	
5 de sous arséni. de Nickel $N^2\ A$ cont.	nickel. . 3,06	
	arsenic . 1,94	
50 de plomb en grenailles fines.		
60		

On a eu un culot pesant 37gr, 18, et qui se composait de 30gr,90 de plomb et de 6gr,29 de matte.

Le plomb renfermait:

Nickel.	1gr,370	— 0,0444
Arsenic.	0 ,366	— 0.0120
Soufre.	0 ,428	— 0.0136
Plomb.	32 ,606	— 0,9255
Charbon mêlé.	0 ,130	— 0,0042
	39gr,900	— 1,0000

La matte contenait:

Nickel.	5gr,103	— 0.8100
Arsenic.	0 ,933	— 0,1480
Soufre.	0 ,128	— 0,0204
Sable mêlé.	0 ,106	— 0,0160
	6gr,270	— 0,9944

On voit par ce résultat qu'il s'est produit un sous-arséniure $N_7\ A$, dans lequel il n'est resté qu'une très-petite quantité de sulfure $N\ S$, et que les 2/9 environ de ce sous-arséniure ont été retenus dans le plomb par imbibition. Il s'est volatilisé dans l'opération, 1gr,214 de soufre, 0 gr, 640 d'arsenic et 2gr,97 de plomb.

Connaissant l'action désulfurante que le plomb exerce sur l'arsénio-sulfure de nickel, on apprendra sans étonnement que l'arséniure $N^2\ A$ et la galène ne se décomposent pas réciproquement: ces deux substances ne peuvent même pas se combiner, et lorsqu'on les chauffe ensemble jusqu'à fusion, la plus grande partie de l'arséniure vient nager à la surface, tandis qu'une petite portion seulement reste disséminée dans la masse de galène.

L'arséniure de nickel $N^2\ A$ n'est aucunement altéré par le plomb à la chaleur de 60° pyrométriques, et il se sépare par la fusion, de telle sorte que l'on n'en trouve pas trace dans le plomb et que celui-ci conserve toute sa ductilité.

Les cuivres gris sont des minéraux qui ont en général une grande valeur, parce qu'ils contiennent beaucoup de cuivre et qu'ils sont souvent riches en argent. Pour en extraire ce dernier métal, le plus souvent on les fait fondre avec des matières plombeuses, dans le but d'obtenir, par une suite d'opérations plus ou moins compliquées, du plomb argentifère que l'on puisse coupeller, et des mattes cuivreuses retenant le moins possible d'argent. Il est donc fort intéressant pour le perfectionnement des théories métallurgiques, de savoir avec précision quelle sorte d'action le plomb exerce sur ces minéraux; c'est cette considération qui m'a déterminé à entreprendre les expériences que je vais faire connaître, et par suite toutes celles dont il est question dans cet article.

On sait que les cuivres gris sont la plupart des composés de sulfures de cuivre, de fer, de zinc, et d'argent, avec les sulfures d'arsenic et d'antimoine $\overline{A'''}$, $\overline{Sb'''}$, dans lesquels ces divers élémens se trouvent en proportions très-variables, mais telles cependant qu'elles satisfont toujours à la formule $(F.\ Z)\ (\overline{A'''}, \overline{Sb'''}) + 2\ (\overline{C'}, \overline{Ag''})\ (\overline{A'''}, \overline{Sb})$, découverte par M. H. Rose. Dans quelques uns le sulfure d'arsenic domine beaucoup, tandis que dans d'autres au contraire l'élément électro-négatif est le sulfure d'antimoine presque pur. J'ai soumis à l'expérience un minerai antimonial de Pasco au Pérou, la variété arsénicale de Sainte-Marie-aux-Mines (Haut-Rhin), et deux variétés antimoniales qui se trouvent dans les montagnes du midi de la France.

J'ai chauffé dans un creuset brasqué à la chaleur d'un essai de fer, 10 gr. d'un cuivre gris, antimonial et très-riche en argent, provenant de la mine de Pasco, au Pérou, et comme le schlich que j'ai employé était mêlé de 0,36 à 0,40 de gangue, j'y ai ajouté 2 gr. de borax. J'ai eu un culot pesant 9gr,50 et qui se composait de trois substances différentes, 1° d'une scorie vitreuse, opaque et d'un vert d'herbe pesant 5gr,95; 2° d'une matte semblable pour l'aspect à du sulfure du cuivre, pesant 1gr.85; 3° et d'un speiss cassant, à cassure lamelleuse éclatante, d'un blanc d'argent et à reflets violacés, et pesant 2 gr. Les 10 gr. de minerai ont donc produit 3gr,85 de substances métalliques, et la perte par volatilisation a du être d'environ 2 gr.; elle devait se composer de soufre et d'antimoine. Le speiss et la matte ont été essayés séparément pour argent.

Le speiss en a donné.	0gr,67	— 0,335
La matte.	0, 12	— 0,064

D'après cela, le minerai renfermait 0,079 d'argent. Dans l'acte de la fusion il s'est produit un speiss qui se

composait d'argent, de cuivre et d'antimoine à peu près à parties égales, et une matte cuivreuse qui ne retenait que les 2/11 du total de l'argent.

Lorsque l'on chauffe le cuivre gris de Sainte-Marie à la chaleur blanche, il perd au moins le quart de son poids; il s'en dégage de l'arsenic, et la masse fondue, qui diffère peu pour l'aspect du minéral lui-même, n'en retient que 0,03 ou 0,04; mais si on le soumet à la chaleur des essais de fer, il abandonne la presque totalité du sulfure d'arsenic qu'il contenait, et il donne naissance à deux composés nouveaux qui ne sont pas séparés nettement l'un de l'autre, mais dont on peut recueillir des fragmens assez purs pour qu'il y ait possibilité de déterminer la composition exacte de chacun d'eux. Le premier, qui occupe la partie inférieure du culot, est cristallin, d'un beau blanc d'argent et très-éclatant; c'est un véritable speiss cuivreux; son poids ne s'élève pas à plus de 0,08 à 0,09 du poids du cuivre gris employé. Le second est une matte d'un gris presque noir, sans éclat, à cassure grenue, présentant à peine quelques indices de cristallisation : on y voit des particules de speiss disséminées çà et là.

Le speiss a été trouvé composé de :

Cuivre.	0,303
Fer.	0,021
Zinc.	0,009
Argent.	0,022
Antimoine.	0,582
Arsenic.	0,019
Soufre.	0,036
	0,992

C'est de l'antimoniure de cuivre $C\,Sb$, mêlé du huitième de son poids de sulfures de fer, de zinc, d'argent et d'arsenic. Il retient du cinquième au sixième de l'argent contenu dans le minerai brut.

La matte se composait de :

Cuivre.	0,508
Fer.	0,058
Zinc.	0,130
Argent.	0,015
Antimoine	0,026
Arsenic.	0,010
Soufre.	0,249
	0,996

composition qui est exprimée par la formule $7\,\underline{C'} + 4\,\ddot{Z} + 2\,F'$, indépendamment d'une petite quantité d'antimoine et d'arsenic.

Ainsi, lorsque l'on chauffe le minerai de Sainte-Marie à une température suffisamment élevée, il arrive que vers la fin de l'opération l'antimoine prend le rôle d'élément électro-négatif en décomposant le sulfure de cuivre et en donnant naissance à de l'antimoniure de cuivre; il y a lieu de penser qu'avec d'autres minerais analogues le résultat serait le même, et qu'il se formerait une quantité d'antimoniure qui correspondrait à la quantité d'antimoine contenu dans le minerai. Si l'on traitait de cette manière le cuivre gris de Sainte-Marie; si par exemple on le fondait dans un haut fourneau à fer, les neuf dixièmes du cuivre au moins resteraient dans la matte, qui ne contiendrait d'ailleurs que fort peu d'antimoine, et la presque totalité de ce dernier métal passerait dans le speiss, en n'entraînant que le dixième tout au plus du cuivre contenu dans le minerai. Comme il est presque impossible de purifier complétement du cuivre qui contient de l'antimoine, on conçoit quel pourrait être l'avantage de ce procédé, qui restreindrait la difficulté de purification au dixième du cuivre total. Mais l'intervention du plomb donne, ainsi qu'on va le voir, un moyen beaucoup plus simple encore d'opérer la séparation de l'antimoine du cuivre gris, en ne sacrifiant qu'une petite partie du cuivre.

Une expérience que j'ai déjà rapportée dans un mémoire que j'ai publié sur le traitement du cuivre gris de Sainte-Marie à Poullaouen, mais que je suis obligé de citer encore ici, m'a donné les résultats suivans :

10 gr. de minerai de Sainte-Marie imparfaitement lavé,
25 de plomb granulé,
———
35

ont été chauffés à la chaleur blanche dans un creuset nu, mais couvert. On a eu un culot de plomb aigre, et par dessus une matte recouverte d'une couche mince de scorie vitreuse brune. Le plomb pesait 17gr,5 et la matte un peu bulleuse, 11gr,5

Le plomb était aigre, à cassure grenue et d'un gris noir. Il contenait :

Cuivre.	0gr,48	— 0,0274
Antimoine.	0 ,25	— 0,0173
Arsenic.	0 ,55	— 0,0313
Soufre.	0 ,10	— 0,0060
Plomb.	16 ,12	— 0,9180
	17gr,50	— 1,0000

La matte était lamelleuse et semblable à de la galène. Elle était composée de :

Cuivre.	2gr,20	— 0,191
Plomb.	6 ,70	— 0,583
Soufre.	1 ,60	— 0,139
Scorie adhérente.	1 ,00	— 0,087
	11gr,50	— 1,000

Elle retenait à peu près le tiers de l'argent contenu dans le minerai, mais elle ne renfermait pas la plus petite trace d'antimoine ni d'arsenic. Le fer et le zinc avaient été introduits pendant l'expérience dans les scories, ainsi qu'un petite quantité de cuivre, et par l'effet de l'oxidation opérée par l'air.

Dans cette expérience le plomb a décomposé complétement les sulfures d'arsenic et d'antimoine, et le

sixième du cuivre tout au plus a passé dans ce métal avec tout l'antimoine et la portion d'arsenic qui ne s'est pas volatilisée à l'état de sulfure.

Pour rendre plus évident encore l'effet de ce genre de réaction, on a chauffé dans un creuset nu à la chaleur de 50° pyrométriques

20 gr. de minerai de Sainte-Marie déjà fondu à une haute température,
60 gr. de plomb granulé.
—
80

Les résultats ont été analogues à ceux de l'expérience précédente, et l'on a trouvé dans le plomb :

Cuivre.	0,0080
Argent.	0,0040
Antimoine.	0,0195
Arsenic.	0,0072
Soufre.	0,0010
Plomb.	0,9603
	1,0000

Et dans la matte :

Cuivre.	0,314	8 at.
Fer.	0,062	2
Zinc.	0,004	
Plomb combiné.	0,386	3
Soufre.	0,189	9
Plomb mêlé.	0,034	
	0,989	

sans antimoine ni arsenic. La composition de cette matte se représente exactement par la formule $2\,(F, Z)\,S + 3\,P\,S + 4\,C\,S$. Dans cette expérience, le cuivre s'est trouvé presque complétement isolé de l'antimoine, ce qui porte à croire que le cuivre qui reste dans le plomb ne s'y trouve que mélangé mécaniquement et irrégulièrement, probablement à l'état de sulfure.

Il existe dans le département de l'Aveyron, au lieu appelé *Corbières*, un cuivre gris antimonial très-riche en argent et qui est remarquable en ce que l'antimoine qu'il contient paraît y être à l'état de sulfure $\underline{Sb}'''$ Je l'ai effectivement trouvé composé de :

Cuivre.	0,343
Argent.	0,008
Zinc.	0,063
Fer.	0,017
Antimoine.	0,250
Arsenic.	0,015
Soufre.	0,253
Quartz.	0,032
	0,981

Or, si l'on supposait que l'antimoine y fût à l'état de proto-sulfure $\underline{Sb}'''$ il y aurait 0,01 de soufre de trop.

10 gr. de ce minerai ayant été chauffés à 60° pyr. avec
30 gr. de plomb granulé,
—
40 on a eu un culot de plomb pesant gr. 24,gr.8
et une matte pesant 12,7
37,5

le tout recouvert d'une couche mince de scorie brune; d'où l'on voit que la volatisation a été presque nulle. Le plomb était très-aigre et ne pouvait pas passer à la coupellation sans addition de plomb pur. Il contenait :

Antimoine.	2gr,20	— 0,088
Cuivre.	0 ,60	— 0,024

un peu de soufre, que l'on n'a pas dosé, et une trace d'arsenic. Il a donné à l'essai 0gr,06 d'argent ou 0,0025.

La matte ressemblait à de la galène: c'était un sulfure double de plomb et de cuivre dans lequel il restait environ 0,015 de sulfure d'antimoine. Elle a donné à l'essai 0gr,025 d'argent ou 0,002, d'où l'on voit qu'elle ne retenait qu'un peu plus du quart de l'argent contenu dans le minerai. En général, dans ces expériences, on a toujours vu que l'argent se partageait entre la matte et le plomb à peu près proportionnellement aux masses.

En traitant en grand le minerai de Corbières comme on vient de l'indiquer, il ne resterait donc dans le plomb, avec l'antimoine, que le quatorzième du cuivre, et encore pourrait-on séparer cette portion de cuivre presque en totalité de l'antimoine; car en soumettant le plomb à la coupellation, il se formerait d'abord une grande quantité d'abstrich qui entraînerait tout l'antimoine avec un peu de cuivre seulement, et la plus grande partie de ce dernier métal se retrouverait dans le plomb, après que tout l'antimoine aurait été scorifié. Les abstrichs étant fort riches en antimoine, produiraient immédiatement, en les passant au fourneau de réduction, un alliage qui serait très-propre à servir pour confectionner des caractères d'imprimerie.

Les bournonites, qui sont des sulfures triples de cuivre, de plomb et d'antimoine, souvent argentifères, se comportent avec le plomb de la même manière que les cuivres gris dont il vient d'être question.

10 gr. de bournonite de Mourgis (dép. de l'Aveyron) et
30 gr. de plomb granulé,

40	ont donné : plomb aigre.	28gr,30
	matte.	8 ,42
		36 ,72

La perte par volatilisation et oxidation n'a donc été que de 3gr,28.

Le plomb était très-aigre. Il contenait 0,50 d'antimoine et un peu de soufre, mais pas de cuivre. La matte retenait environ 0,02 de son poids de sulfure d'antimoine.

Enfin, j'ai encore soumis au traitement par le plomb un minerai de cuivre argentifère qui se trouve à Sainte-

Marie, dans le département de l'Aude, et qui paraît être un mélange de bournonite et de cuivre gris antimonial.

10 gr. de ce minerai, et			
30 de plomb granulé,			
40	ont donné :	plomb.	23gr,8
		matte.	11 0
			34 ,8

Le plomb contenait environ 0.06 d'antimoine et 0,01 de cuivre, tout au plus, et il a donné à l'essai 0gr,033 d'argent ou 0,00137.

La matte ne retenait pas plus de un demi-centième d'antimoine, et elle a donné à l'essai 0 gr,009 d'argent, ou 0.00081, c'est-à-dire le cinquième de l'argent total 0 gr,042

Dans l'essai de scorification en grand du minerai de cuivre gris du Haut-Rhin, qui a été fait à Poullaouen (*Ann. de Ch.*. t. LX, p. 381), l'action décomposante du plomb sur les sulfures d'antimoine et d'arsenic a joué un grand rôle; mais dans cette opération on a mis en jeu simultanément cette action et l'action oxidante de l'air; or, il est évident qu'il vaudrait mieux faire autrement, afin d'arriver à séparer immédiatement la plus grande proportion possible de cuivre des matières antimoniales et arsénicales, ce qui est le but principal vers lequel on doit tendre. Il me paraît qu'il vaudrait mieux fondre le minerai au four à reverbère ou au fourneau de coupelle, avec addition de trois ou quatre parties de plomb, sous l'influence de la flamme non oxidante, enlever la matte aussitôt qu'elle se serait formée, achever la coupellation du plomb et traiter ensuite séparément 1° la matte, par grillage ménagé et réduction subséquente, pour en extraire le cuivre à l'état de sulfure et l'argent à l'état de combinaison dans le plomb; et 2° les abstrichs par réduction, etc.

Si l'on avait à traiter un cuivre gris non plombeux, mêlé en petites parties dans sa gangue et qui fût difficile à laver, il serait avantageux de lui faire subir une fonte crue dans un fourneau à manche très-élevé, pour le soumettre ensuite à l'action du plomb, comme il vient d'être dit. De cette manière on en expulserait la plus grande partie du sulfure d'arsenic en même temps qu'on le séparerait de sa gangue, on aurait besoin de moins de plomb pour le traiter ensuite, et en même temps les mattes que l'on obtiendrait seraient beaucoup moins plombeuses que celles qui se seraient formées si l'on eût opéré sur le minerai cru.

Les deux expériences que je vais rapporter prouvent que le sulfure de cuivre n'a qu'une affinité très-faible pour le sulfure d'antimoine et surtout pour le sulfure de cuivre.

On a chauffé dans un creuset brasqué, à 150° pyr.,

1 at. de sulfure de cuivre.	9gr,9256 conten.	cuiv. 7 gr,91	2 at.	
		souf. 2 ,01	4 at.	
1 at. sulfu. d'antimoine.	22 ,1640 conten.	souf. 6 ,60		
		ant. 15 ,13	2 at.	
Borax.	2 ,0000			
	34 ,0896			

On a eu un culot métallique pesant 17gr,30, et une scorie vitreuse émaillée pesant 1gr.04. Le culot était homogène, compacte, sans bulles, très-cassant, à cassure lamelleuse, et d'un gris bleuâtre. D'après la quantité de soufre qu'on y a trouvé, il devait être composé de:

Cuivre.	7gr, 91
Antimoine.	7 ,49
Soufre.	1 ,90
	17gr,30

Composition qui se rapproche beaucoup de celle qui résulterait de la combinaison de 2 atomes de cuivre avec 1 atome d'antimoine et 1 atome de soufre. En effet, cette combinaison contiendrait :

Cuivre.	7gr,91	—0,4349	2 at.
Antimoine.	8 ,06	—0,4535	1
Soufre.	2 ,01	—0,1116	1
	17gr,98	1,0000	

En admettant cette composition, il s'ensuivrait qu'il se serait volatilisé 3 atomes de soufre et seulement 1 at. d'antimoine, et qu'ainsi la moitié du sulfure d'antimoine aurait été décomposée.

On ne peut faire que deux suppositions sur la nature du culot. Ou c'est un mélange de sulfure de cuivre et d'antimoine métallique, ou c'est un composé triple de sulfure de cuivre, de sulfure d'antimoine et d'antimoniure de cuivre. Sa parfaite homogénéité rend la première supposition peu admissible, car on sait qu'en général les mattes sulfureuses se séparent d'une manière assez nette des métaux purs. En admettant la dernière, il est tout naturel de supposer que le cuivre s'est partagé par parties égales entre l'antimoine et le soufre, et alors on a pour la composition du culot:

3 at. de sulfure de cuivre ($C^2 S$).	0,2733
1 at. de sulfure d'antimoine ($Sb^2 S^3$).	0,2069
2 at. d'antimoniure de cuivre ($C^3 Sb^2$).	0,5198
	1,0000

Il est probable que si l'on eût ajouté au mélange des sulfures très-basiques, tels que les sulfures de fer ou de zinc, il se serait formé une matte dont l'antimoniure de cuivre se serait séparé.

On a fondu au creuset brasqué comme ci-dessus

1 at. de sulfure de cuivre ($C^2 S$).	9gr,9256
1 at. d'orpiment ($A_2 S^3$).	15 ,4358
Borax.	2 ,0000
	27gr,3614

Il est resté un culot métallique pesant 10gr,25, surmonté d'une scorie qui ne pesait que 6gr,85. Le culot avait absolument l'aspect de sulfure de cuivre; mais en le cassant, on a trouvé à sa partie inférieure un

petit bouton qui pesait 0 gr,45 à 0gr,50 et qui était tout différent. Il avait la couleur rouge du cuivre à la surface, mais à l'intérieur il était d'un gris blanc assez éclatant; ce devait être de l'arséniure ou de l'arsénio-sulfure de cuivre. Quant au reste de la matte, qui pesait 9gr,80 à 9gr,75, c'était du sulfure de cuivre tout pur et dans lequel on n'a pas trouvé la plus petite trace d'arsenic.

On voit par cette expérience, que le sulfure d'arsenic se sépare bien plus facilement encore du sulfure de cuivre que le sulfure d'antimoine, probablement à cause de sa grande volatilité.

Note sur une concrétion formée dans le ventricule droit du cerveau d'un cheval; par J.-L. Lassaigne.

L'on a déjà des exemples de concrétions développées soit dans la masse cérébrale, soit dans les ventricules ou le plexus choroïde de cet organe, et ces observations ont été tour à tour faites dans l'espèce humaine et dans quelques espèces d'animaux domestiques. L'analyse de ces concrétions a même prouvé qu'elles étaient formées le plus ordinairement par de la *cholestérine* mêlé d'*albumine coagulée* et *de sels calcaires.*

La nouvelle concrétion que nous avons mise sous les yeux de la Société de Chimie médicale, dans la séance du 6 juin dernier, était remarquable par son volume qui égalait celui d'un gros œuf de poule, et surtout son poids de 54 grammes, qui formait environ la dixième partie de la masse totale des deux lobes cérébraux. Cette concrétion était logée dans le ventricule droit du cerveau d'un vieux cheval, qui n'avait rien offert de remarquable pendant toute la durée de son service : une autre petite concrétion de la grosseur d'une amande s'était développée dans le ventricule gauche. Ces deux concrétions, trouvées sur le même animal, avaient la même structure ; elles présentaient une masse ovoïde, enkystée, formée par l'agglomération d'une multitude de petits corps blanchâtres, lenticulaires, nacrés, et doux au toucher; une sérosité roussâtre, alcaline, tenant en suspension de petites lames transparentes, micacées, en découlait par la pression après l'avoir fendue par la moitié.

Une portion de cette concrétion mise en ébullition avec de l'alcool à 38° fut en partie dissoute, et la liqueur alcoolique a déposé en refroidissant des lames blanches et nacrées, analogues à la cholestérine biliaire. L'examen ultérieur qui en a été fait a prouvé que la substance qui composait ces lames était identique avec elle par sa fusibilité à + 136°, sa solubilité dans l'éther, son insolubilité dans les solutions alcalines, sa coloration en rouge par l'acide sulfurique concentré et sa transformation en acide cholestérique par l'action de l'acide nitrique bouillant. Le poids de cette cholestérine formait les 58/100 de la concrétion; quant au résidu insoluble dans l'alcool, les acides faibles en ont extrait 2/100 de sous-phosphate de chaux qu'on en a séparé par leur saturation ; enfin, il est resté une matière membraniforme mêlée de flocons blanchâtres, qui jouissaient de tous les caractères de l'albumine coagulée.

Des essais rapportés ci-dessus, il résulte que cette concrétion cérébrale du cheval était composée de :

Cholestérine.	58 0
Matière membraniforme et albumineuse	39,5
Sous-phoshate de chaux.	2,5
	100,0

TRAITÉ

DES

MALADIES DU FOIE,

PAR A. BONNET,

DOCTEUR EN MÉDECINE, MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX, DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS, ETC., ETC.

Ouvrage qui a obtenu une médaille d'or à la Société Médicale d'Émulation.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

ZEITSCHRIFT

FUR DIE STAATSARZNEIKUNDE HERAUSGEGEBEN VON ADOLPH HENKE, IN ERLANGEN.

CAS DE SUPERFÉTATION.

Observation communiquée par le docteur Möbus de Dieburg.

La diversité d'opinions des auteurs relativement à la possibilité de la superfétation chez la femme, m'engage à publier, comme confirmation de cette possibilité, une observation qui m'est propre.

La femme de *Jean Held* à Grosszimmern, arrondissement de Dieburg, bien portante, âgée de 35 ans, mariée depuis onze années, avait déjà fait quatre couches heureuses; le 16 octobre 1833, elle entra en mal d'enfant à 7 heures du soir, et mit au monde à dix heures une fille, qui d'après tous les signes était à terme.

Immédiatement après l'accouchement un léger écoulement sanguin se manifesta et peu après l'arrière-faix fut expulsé et avec lui cessa tout écoulement sanguin.

Aussitôt après l'expulsion de l'arrière-faix elle sentit dans le corps un mouvement violent qui lui fit croire qu'elle accouchait d'un second enfant.

La sage-femme, personne instruite, s'assura dès lors qu'il n'existait pas un second enfant; elle trouva l'orifice de la matrice fermé.

Le second jour se passa sans que l'on vit arriver un second enfant; l'accouchée ressentait des mouvemens violens; les lochies ne coulaient pas du tout, l'enfant avait été approché du sein à diverses reprises, mais le lait ne coulait pas et les mamelles restaient flasques; vingt-huit heures après l'accouchement je fus appelé en consultation.

A mon arrivée je trouvai cette femme au lit, accablée de lassitude et dans la plus grande anxiété. Je percutai le bas-ventre, qui était dilaté et tendu, ce qui me porta à croire, surtout après que je crus m'être aperçu de quelque mouvement, qu'il existait un second fœtus. La femme ne permit pas le toucher. Je trouvai les mamelles flasques et il n'était apparu jusques-là ni lait ni lochies.

L'enfant qui était né était entièrement bien conformé et tout indiquait en lui que l'accouchement avait eu lieu à terme. La belle-sœur de la femme le nourrit de son lait.

En partant, je tranquillisai cette femme et lui fis observer qu'elle pouvait attendre avec calme et sans crainte la seconde délivrance qui était imminente. Le 4e jour je la visitai de nouveau et la trouvai hors du lit, calme, alerte, et s'acquittant de quelques petits soins domestiques.

Les seins étaient encore flasques et sans lait. Il ne s'était manifesté ni lochies, ni fièvre de lait; seulement elle continuait à ressentir les mouvemens d'un second enfant resté dans la matrice.

L'enfant né était bien portant et prenait du meilleur cœur du monde le sein de sa nourrice.

Huit jours plus tard je les visitai de nouveau et les trouvai très-bien elle et son enfant.

Le 18 novembre, c'est-à-dire trente-trois jours après sa première couche, cette femme mit au monde une seconde fille également à terme, mais très-frêle.

Après avoir reçu ces renseignemens je visitai cette femme et la trouvai en bonne santé et très-contente. Voici comment elle me raconta ce qui était survenu:

A dix heures du soir elle avait senti le mal d'enfant et à onze heures et demie elle s'était accouchée d'une seconde fille, très-légère (*leichte*); il était immédiatement survenu un écoulement sanguin de la matrice que suivit l'arrière-faix. Elle se sentit bien; ses couches se passèrent régulièrement; ses seins devinrent tendus et elle en approcha son enfant.

L'enfant était bien conformé et en bonne santé; il ne portait aucun signe du trop de temps qu'il avait séjourné dans l'utérus (*ueberreife*), ce qui faisait que lorsque la mère tenait ses deux petites filles, on pouvait difficilement distinguer laquelle des deux était née la première.

J'ajouterai que le premier enfant qui, jusqu'au 20e jour qui suivit la deuxième couche, n'avait nullement été malade, mourut subitement le 21me.

Quatre jours après je me rendis de nouveau près de la mère et je la trouvai, elle et son enfant, tout rayonnans.

La fièvre de lait s'était déclarée le troisième jour; les mamelles étaient remplies de lait, qui coula facilement et les lochies prirent cours régulièrement.

Ces deux naissances d'enfans à terme survenues dans l'espace de trente-trois jours, prouvent certainement que la superfétation est possible.

Quatre fois cette femme donne, sans accident, naissance à des enfans; sa cinquième couche est irrégulière; il ne se manifeste ni fièvre, ni sécrétion de lait, d'où l'on conclut qu'un second fœtus existe et qu'il absorbe cette sécrétion; voilà comment on combattra la supposition que l'on pourrait faire que cette femme eut deux utérus. (*Sechzehnter Jahrgang*, 1836, *Zweites vierteljahrheft*).

HUFELAND'S U. OSANN'S,

JOURNAL DER PRAKTISCHEN HEILKUNDE.

Melœna suivi de guérison; par le Dr Creuzwieser, médecin à Holland (*Prusse*).

Un homme robuste, âgé de 40 ans, d'un tempérament colérique et atrabilaire, sujet aux hémorrhoïdes, remarqua, il y a dix ans, une tumeur à l'hypocondre gauche, à l'endroit où s'étend le *vasa brevia* du fond de l'estomac vers la rate. Son accroissement occasionna une sensation désagréable de réplétion dans le bas-ventre, qui cependant cessait chaque fois que cet homme s'était donné beaucoup de mouvemens. L'on supposa une tumeur grasse à l'*omentum majus,* mais une hémorrhagie par l'anus composée de matières noires, bitumineuses et puantes, et auxquelles succéda du sang pur et veineux (environ 12 pintes dans l'espace de 4 jours), qui se déclara cinq ans après, prouva le contraire. Alors cette tumeur disparut et ne reparut qu'après un laps de temps assez long, où elle atteignit peu à peu la grosseur d'une tête d'enfant.

Les vomissemens ne se manifestèrent point.

Pendant les cinq années suivantes l'état du malade fut assez satisfaisant, sauf une forte toux provenant de grandes fatigues et de refroidissemens. Vers la mi-juillet 1834, le faciès devint terreux et défiguré par des contorsions; le malade était d'une humeur excessivement sombre, qui augmenta de jour en jour et particulièrement pendant la digestion.

Il se déclara en même temps des angoisses aux régions précordiales, des nausées, des éructations, des flatuosités, de la phlogose dans le bas-ventre, des congestions vers la tête et un écoulement de matières atrabilaires par le rectum à la suite duquel le malade éprouva un peu de soulagement.

Enfin, un soir, une quantité considérable de sang s'écoula par l'anus avec des matières polypeuses; il se manifesta en même temps des vomissemens de sang continus. Il en perdit donc dans l'espace de 12 heures une quantité d'environ 18 pintes. La tumeur à l'hypocondre avait sensiblement diminué de volume. On transporta le malade, qui était épuisé par les pertes de sang, couvert d'une sueur froide et tombant dans des évanouissemens presque continuels, dans un appartement dont on ouvrit les portes et les fenêtres afin qu'il fut placé dans des courans d'air. On essaya d'abord d'arrêter les vomissemens au moyen des fomentations avec la glace sur l'estomac et sur l'endroit occupé par la tuméfaction, et en administrant toutes les demi-heures de petites quantités d'une poudre composée de 2 drachmes d'acide tartareux et de 3 drachmes de magnésie carbonique. Au bout de quelques heures les vomissemens diminuèrent, mais les nausées ainsi que la sensation de replétion dans le bas-ventre avaient augmenté. On fit prendre au malade une poudre composée de *lac sulphuric.* ℥ ij, *crem. tart.* ℥ s, et *pulv. jalappæ* ℥ ij, toutes les deux heures la valeur pouvant recouvrir la pointe d'un couteau, et dans l'intervalle une émulsion de : *Ol. amygd. dulc.* ℥ j. *gummi arab.* ℥ iij. *aq. cinnam* ℥ iv, *natr. sulphuric.* ℥ s. *aq. lauro cerasi* ℥ ij et *syr. emuls.* ℥ j. Il s'ensuivit encore des évacuations de matières noires et fétides et les vomissemens cessèrent. Pour prévenir l'épanchement de sang à l'estomac et pour faire évacuer le plus tôt possible celui qui était déjà extravasé, on prescrivit 12 heures après encore : *aq. lauro cerasi.* ℥ j. *tinct. colocynth.* ℥ D. S. 20 gouttes toutes les trois heures. On continua aussi à appliquer des cataplasmes froids et l'on ne fit absolument rien prendre de chaud au malade, lequel éprouvait d'ailleurs un grand dégoût pour toute espèce de mets. Enfin au bout de 24 heures les nausées disparurent et le malade avait repris entièrement connaissance. Pendant trois jours encore il sortit de l'anus, par intervalle, de matières bitumineuses. La tumeur avait presque totalement disparu. Le pouls fut régulier. Le malade gagna de l'appétit; seulement des douleurs spasmodiques revinrent encore mais rarement, douleurs qui s'étaient déjà manifestées antérieurement et avec beaucoup de violence.

Une suite naturelle de la grande perte de sang fut l'apparition d'un état leucophlegmatique accompagné d'œdème aux pieds, et qui menaçait de dégénérer en hydropisie. La toux augmenta en même temps et elle était accompagnée d'une forte expectoration. Considérant l'état de faiblesse qui en était la cause on ordonna pour boisson les eaux minérales d'Eger (Eger-Franzens-Brunnen) conjointement avec les toniques. Bientôt le malade ressentit les bons effets de ce traitement. Sa santé se rétablit au point qu'il ne souffre plus maintenant que des affections hémorrhoïdales dont il était accablé auparavant.

Salivation provoquée par l'usage de l'iode; par B. Mackal.

Une dame souffrant d'une affection de la rate avait pris pour une fièvre remittente, du mercure jusqu'à salivation.

Deux mois plus tard, l'auteur, ayant égard au gonflement continuel de la rate, administra l'iode pendant cinq jours consécutifs, trois fois par jour, à la dose de 8 gouttes chaque fois. Les cinq jours écoulés il se manifesta une violente salivation. L'auteur suspendit alors l'usage de l'iode pendant quinze jours; la salivation cessa, mais se manifesta de nouveau, quoique plus faiblement, dès que la malade avait pris le médicament pendant quelques jours.

L'auteur croit que l'iode fut ici la cause de la salivation en ce qu'il augmenta l'activité des vaisseaux lymphatiques, et qu'ainsi une grande quantité de mercure, qui était en stagnation dans l'économie fut résorbée. (*Gerson and Julius Magazin*).

Notice nécrologique sur le docteur Hufeland.

Cet illustre médecin, dont les écrits, les cours et l'activité pratique ont attiré l'attention de l'Europe pendant un demi-siècle, et dont la mort a produit, en Allemagne, une douloureuse sensation, mérite aussi, en dehors de son pays, les honneurs d'une nécrologie.

Chrétien-Guillaume Hufeland a vu le jour à Langensalza, le 12 août 1762. Son père était médecin du duc de Weimar; il commença lui-même par exercer la médecine à Weimar, en 1793; il devint professeur à Iéna, et médecin du duc; en 1801, médecin du roi de Prusse, directeur du collége médical, et premier médecin de l'hôpital de la Charité à Berlin.

Hufeland était éclectique. Après avoir publié une monographie des maladies scrofuleuses, ouvrage couronné, et dans lequel il proposait un moyen efficace, il contribua à perfectionner l'inoculation et le traitement de la petite-vérole. Il appela l'attention sur l'incertitude des signes de la mort, sur les inconvéniens des enterremens prématurés. Comme professeur, il attira un nombreux auditoire, et il offrit l'avantage rare, en Allemagne, d'un enseignement aussi agréable qu'instructif. Il fonda le *Journal de la médecine pratique*, et combattit en général la théorie de Brown, tout en adoptant ce qu'elle contenait d'utile. Ses ouvrages les plus renommés sont : le *Système de la médecine pratique*, commencé en 1800; la *Macrobiotique*, ou l'art de prolonger la vie humaine; en 1822, il publia avec des notes le livre de Darwin, sur l'éducation physique et morale du sexe féminin.

Né en 1762, Hufeland a atteint l'âge de soixante-quatorze ans.

BLASIUS KLINISCHE ZEITSCHRIFT.

De l'ophthalmie intermittente; par le docteur Wittke, à Weissensee.

Parmi les différens cas de fièvre intermittente que j'ai eu souvent occasion d'observer et de traiter il se présenta aussi des inflammations d'yeux sous la forme intermittente.

Le plus souvent ces ophthalmies furent précédées de frissons et surtout d'angoisses aux régions précordiales, symptômes ordinaires de cette maladie, et qui ne manquent jamais de se présenter. Souvent aussi l'inflammation fut purement locale et ce fut alors le typhus intermittent qui en désigna l'état.

Cette ophthalmie apparut chaque fois avec les symptômes de l'ophthalmie rhumatique. Le malade se plaignait de fortes douleurs aux yeux et aux environs, et il était bientôt atteint d'une violente photophobie. La membrane conjonctive de l'œil ainsi que la membrane sclérotique devenaient rouges. Les douleurs les plus poignantes se manifestaient toujours dans le fond de l'orbite et s'étendaient à la région zigomatique, à la lèvre supérieure, au coronal, et assez souvent jusque dans l'oreille du côté souffrant.

Vers la fin de l'accès il se déclarait ordinairement un épiphora intense pendant lequel la narine du côté souffrant demeurait sèche. Quelquefois cependant cet épiphora apparut dès le commencement et on pouvait alors compter avec certitude sur une complication rhumatique et baser là dessus le traitement.

Ce qui caractérisa cette ophthalmie fut qu'elle n'affecta qu'un œil et que la douleur ne s'étendit pas au delà du côté souffrant de la figure. Mais ce qui était plus extraordinaire encore c'est que l'œil gauche seul fut attaqué de cette ophthalmie.

L'accès apparaissait ordinairement dans la matinée, accompagné de violentes douleurs et ne cessait qu'au bout de un ou deux quelquefois même sept heures. Sauf un léger abattement du corps, cet accès ne laissait point de trace de maladie et l'on ne remarquait pas dans l'intermission de symptômes d'une inflammation de l'œil souffrant; le typhus fut dans les cas que j'ai observés toujours un typhus quotidien.

Le traitement de ce mal était le même que celui de la fièvre intermittente; on l'enlevait dans la plupart des cas par 2 à 3 grains de quinine administrée 5 à 6 fois pendant l'apyrexie. Surtout la combinaison de la quinine et de la racine de belladone 1/2 à 1 grain était d'un très-bon effet. Dans la complication rhumatique les vésicatoires et l'extrait d'aconit joints à la quinine rendirent de grands services.

La quinine employée par la méthode endermique ne présenta aucun avantage. Une fois seulement la quinine en substance, administrée à fortes doses fit cesser les douleurs. Pendant l'accès un sinapisme appliqué sur la nuque calma pour quelques instans les douleurs; tous les autres remèdes, même l'opium administré à fortes doses, ne furent d'aucun effet. Des complications gastriques je n'en ai point remarqué, et je ne me suis non plus servi de vomitifs. L'usage de ce dernier remède, tant vanté dans la fièvre intermittente ne me parut pas toujours à propos, les symptômes gastriques n'ayant été souvent qu'illusoires et indiquant plutôt un état veineux de congestion vers les organes de la digestion.

Difformité congénitale du membre inférieur chez un enfant nouveau-né.

(De humana quadam inferiorum extremitatum monstrositate. Diss. in med. quam in univers. Halensi d. XXI. Mart. ann. MDCCCXXXVI. publ. def. auct. Henr. Theod. Wiesing. Oebisfeldensis. Acced. tabula).

Le cas suivant, puisé dans la pratique de l'éditeur de ce journal, et qui a donné lieu à cette dissertation n'est pas sans intérêt pour le chirurgien et pour le physiologiste.

Un enfant du sexe féminin, âgé de 17 mois, nommé Amélie Seh, natif d'un village près de Halle (Prusse), étant du reste bien constitué et jouissant d'une bonne santé a depuis sa naissance une difformité à l'extrémité inférieure du côté droit. La dite extrémité est, en comparaison de celle du côté gauche, flasque et un peu plus faiblement nourrie. Le haut de la cuisse est d'un demi-pouce trop court et la rotule un peu petite; le reste de l'extrémité jusqu'à sa partie inférieure est de forme normale. Les deux os de la jambe existent et sont d'une conformation régulière à un pouce et demi au-dessus de l'articulation du pied, mais en cet endroit le membre dévie, se trouve tourné en arrière, en formant un angle obtus; le tibia y forme un angle aigu; cet os y est fortement adhérent à la peau et on y aperçoit une cicatrice ovale de la largeur d'environ une ligne et de 3 à 4 lignes de longueur, de sorte que cette difformité fait présumer qu'il y a eu fracture de la jambe, et qu'elle aurait été guérie obliquement. Le péroné est tourné de la même manière que le tibia et autant qu'on a pu le vérifier par l'examen extérieur, il est lié d'une manière normale avec cet os et l'astragale. Au toucher on sent le calcaneum. Le mouvement de l'articulation du pied se fait sans gêne. Quant à tous les autres os du tarse on ne peut en assurer l'existence; à en juger d'après la longueur du pied, les os naviculaire et cuboïde existent probablement; il est possible que parmi les os

cunéiformes il en manque quelques-uns ; dans tous les cas ils sont plus petits dans ce pied que dans l'autre. On ne trouve que deux os métatarsiens et il n'y a aussi que deux orteils, le grand et le petit. Quant aux autres, il n'en existe pas la moindre trace. Ces deux orteils sont d'une longueur et d'une grosseur extraordinaires. Le pied et la jambe où se trouve cette difformité sont minces et moins bien nourris que les autres. Le tendon d'Achille se trouve fortement tendu sous la peau. Les orteils sont un peu fléchis, la pointe du pied penche en avant et ne peut être levée convenablement. Le bord interne du pied est en quelque sorte trop haut, ce qui le fait ressembler à un pied-bot. Quant aux muscles, aux vaisseaux, etc., etc., on ne peut naturellement rien découvrir par l'examen extérieur.

A la supposition que cette difformité provient d'une fracture que l'enfant aurait eue pendant son séjour dans l'utérus, se joint le récit de la mère qui déclare qu'au quatrième mois de sa grossesse elle avait reçu un coup au côté droit du bas-ventre, et que depuis cette époque seulement elle avait éprouvé de violentes douleurs en cet endroit, douleurs qui n'avaient cessé qu'après son accouchement. La mère ainsi que le père de cet enfant étaient bien portants et d'une bonne constitution, de même que leurs trois autres enfans, et ils ne se souviennent point qu'aucun membre de leur famille soit né avec une difformité.

La cicatrice à l'endroit de la courbure de la jambe a été, d'après le dire des parens, beaucoup plus grande immédiatement après la naissance de l'enfant qu'elle l'est actuellement.

Dans ce cas la question qui intéressait est celle-ci :

Si la difformité de la jambe provenait réellement de la fracture produite par le coup reçu sur l'abdomen, et que par suite de cet accident le développement de la partie inférieure du membre aurait été arrêté, qu'il n'y aurait eu que deux doigts de pieds qui se seraient développés entièrement, pendant que les trois autres dépérissaient et même disparaissaient sans laisser de trace.

L'auteur de la dissertation s'est principalement occupé dans son travail de cette question, et il se prononce négativement à cet égard, bien que la possibilité qu'un fœtus dans l'utérus puisse être exposé à des fractures, occasionnées par violence à l'extérieur du corps de la mère, ait été mise hors de doute d'après les observations faites à ce sujet ; possibilité qui devient moins probable si le fœtus est jeune et que seulement pendant les premiers temps de son existence un obstacle au développement des parties dont il s'agit est présumable pour qu'il puisse faire naître l'idée du manque total de ces parties.

PREUSSISCHE

MEDICINISCHE ZEITUNG.

PROSOPALGIE.

I. *Traitement par les douches chaudes ;* par le docteur Friese à Goldapp.

Une femme de 28 ans, qui avait souffert auparavant d'une affection rhumatismale, contracta dans le septième mois de sa grossesse une névralgie faciale qui la désespérait et l'étourdissait ; elle se reproduisait le matin, dans l'après dînée et la nuit, toujours accompagnée de fièvre et d'état de congestion et s'étendait ensuite du nerf intra-orbitaire au nerf frontal. Tous les moyens employés n'amenèrent aucune amélioration; la morphine et les vésicatoires dont l'usage avait si bien servi M. Friese, ne réussirent pas cette fois. Il eut alors recours aux douches préconisées par Mombert et au bout de quelques jours l'affection s'était dissipée.

II. *Traitement par la vératrine ;* par le docteur Suffert, à Tilsitt.

Ce médecin s'est très-bien trouvé de ce remède vanté par Von Vogel, et cela dans un cas de prosopalgie qui durait depuis plusieurs années et pour lequel le malade avait pris les eaux, employé les bains de vapeur, les bains de mer. L'affection fut guérie d'abord, mais reparut ensuite.

III. *Traitement par les narcotiques ;* du docteur Locke, à Luckenwalde.

Un hémorrhoïdaire de 40 ans qui avait été en proie, cinq années auparavant, à une névralgie faciale, contracta de nouveau cette affection au plus haut degré, en 1834. Il en fut guéri en six jours, par la belladone, la digitale et l'acétate de morphine administrées jusqu'à production du narcotisme. (N° 12, *Jahrgang*, 1836.)

Expériences sur la créosote.

Le docteur Rehfeld a pu se convaincre à plusieurs reprises que les propriétés accordées à la créosote étaient exagérées ; dans la phthisie pulmonaire il n'a pas rendu plus de services que tous les autres moyens vantés pour la combattre. Il ne s'est même pas montré quelque peu spécifique dans la phthisie tuberculeuse. Il l'a administré sans réussite dans les cas de diabétès et s'en est bien trouvé dans le traitement des condylômes. En dernier lieu il a remplacé avantageusement le deutochlorure de mercure dont il n'offre pas les désavantages.

Le docteur Karsten, à Perle, ne lui a pas reconnu le propriétés que lui accorde Von Reich contre le rhumatisme et la goutte. Il l'a administré à plusieurs malades, une fois à la dose de trois gros pour une affection rhumatismale de la main, mais toujours inutilement.

Le docteur Haupt, de même que le docteur Trenman ont trouvé qu'il était plutôt nuisible qu'utile dans la phthisie. (N° 14, *Jahrgang*, 1836.)

Paraguay-Roux contre les maux de dents ; par le docteur Wiessner, à Heydekrug.

Le *Paraguay-Roux*, si renommé contre l'odontalgie, agit comme remède palliatif, surtout lorsque le mal est de nature névralgique, et comme sédatif au plus haut degré s'il est de nature rhumatismale.

Pour ce qui est de son application, ce médicament est mis en contact avec la dent au moyen d'amadou ou d'ouate. (*Ibidem*, n. 16.)

Observations sur les effets du seigle ergoté.

Plusieurs faits ont démontré au docteur Hoffmann, de Suhl, que ce médicament amenait de bons résultats dans les affections qui naissent à la suite de l'enfantement. Il l'administre joint à la cannelle, à la dose de 5 grains toutes les deux heures. Pendant les hémorrhagies les douleurs augmentent d'abord, mais cessent bientôt.

Le docteur Sauer le prône contre les métrorrhagies et les leucorrhées.

(*Jahrgang*, 1836, n° 18.)

Observation. Des expériences ont été tentées récemment, et dans aucun cas les écoulemens sanguins n'ont résisté à l'ergot. L'action est évidente, mais est-elle infaillible? Cette question nous l'adresserons aussi à Hoffmann, à Sauer ; partout de nombreuses variations ont eu lieu tant dans la rapidité que dans la succession et même dans l'existence des effets produits par les doses de ce médicament. On s'est convaincu que les hémorrhagies cessent moins vite après un avortement, et chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, chez

lesquelles par conséquent le tissu de la matrice conserve quelque chose de musculaire. Cela n'est pourtant point la conséquence à laquelle on devait s'attendre en considérant le mode d'action de l'ergot et en se rappelant l'opinion de Prescott (*Dissertation on the naturel history and medical effects of secale cornutum*), qui ne reconnaît d'action à cet agent thérapeutique que lorsque les fibres de cet organe sont dilatées, que l'utérus est imprégné (*impregnated*) et que l'hémorrhagie ne dépend pas d'une action artérielle augmentée. Villeneuve (*Mém. sur l'emploi du seigle ergoté*) avait dit que ce médicament n'agissait sur l'utérus que lorsque cet organe est au moment d'expulser le fœtus. L'opinion de Prescott, celle de Villeneuve devaient donc porter à croire que les effets thérapeutiques seraient d'autant plus sensibles que l'état de l'utérus serait plus rapproché de l'état de gestation. L'expérience, comme nous venons de le dire, a démenti cette prévision.

L'expérience de Hoffmann cadre avec celle de Mandeville, Balardini, Goupil, etc. Des médecins ont prétendu avoir obtenu de bons résultats de l'ergot administré dans les métrorrhagies non-puerpérales; mais ses effets ne sont bien constans que dans les métrorrhagies puerpérales, qui sont dues à l'inertie de l'utérus, qui laisse béans dans la cavité de la matrice les sinus utérins.

Les observations de Sauer viennent confirmer celles de Bazzoni (*Annali universali di medicina, da Omodei, febrajo* 1831). Mais, ainsi que le font observer MM. Trousseau et Pidoux, (*Thér. méd.*), la leucorrhée tient à tant de causes diverses, elle est si souvent sous la dépendance d'une excoriation du museau de tanche ou de toute autre phlegmasie soit du col, soit du vagin, qu'il est impossible qu'on puisse guérir de la même manière et ces lésions externes et les congestions utérines qui sont la cause des flueurs blanches.

(*Note du traducteur.*)

DE LA THÉRAPEUTIQUE DE LA GALE.

Recherches du docteur Leue *sur le mode de traitement employé contre la gale par les Anglais.*

Ce n'est pas la manie d'innover, mais bien un désir très-louable de faire faire des progrès et d'enrichir notre science, qui porte à soumettre à un nouvel examen des méthodes de traitement et des vérités depuis longtemps établies et qui semblaient satisfaire pleinement. Le génie de l'homme ne désespère point de faire de nouvelles découvertes. Quand bien même les mêmes essais manqueraient en partie le but qu'ils s'étaient proposés d'atteindre, il en résultera parfois un complément à ce qui est déjà connu et passé en axiôme.

Parmi les méthodes de traitement qui paraissent sous certains rapports, devoir de nouveau fixer l'attention, il faut ranger celles abandonnées depuis longtemps et qui néanmoins jouissaient autrefois d'une certaine réputation justifiée par l'expérience; car il est hors de doute que les maladies changent de caractère (et même les maladies chroniques); il est donc fort possible qu'après avoir disparu depuis longtemps, elles se rapprochent de nouveau de la physionomie qu'elles offraient autrefois. Par exemple, je rappelerai ici parmi les différentes manières de guérir la syphilis, la réintroduction bienfaisante du traitement par les frictions, et par la diète (entziehungskur), la décoction de Zittmann, etc., etc.

Les communications faites par le docteur Horn sur le traitement de la gale (compte rendu de 12 années de service en qualité de médecin en second à l'hôpital des Pauvres à Berlin, 1818), paraissaient n'être nullement en faveur de la méthode anglaise, puisque sur 100 individus atteints de la gale et traités d'après cette méthode, il fallut 2869 jours pour obtenir la guérison; donc terme moyen, 28 jours par malade; le plus long terme de traitement fut de trois mois et demi, le plus court de sept jours. D'après la méthode du docteur Horn, on traita à la même époque, 100 autres individus par des frictions avec du savon noir et de la fleur de soufre. Il ne fallut à ceux-ci que 1991 jours jusqu'à guérison. En conséquence, chaque individu avait été malade 19 jours, terme moyen. La plus longue durée de la maladie avait donc été de 2 mois et 20 jours, la plus courte de 2 jours.

Un rapport du docteur Leue, de Gardelegen fixa fortement l'attention; il y mentionnait que depuis quelque temps, et aussi souvent que possible il avait appliqué la méthode anglaise avec succès et que, même dans des cas où les prescriptions n'avaient été suivies qu'avec peu d'exactitude, la cure n'avait demandé à proprement parler que deux jours, et cinq jours y compris le temps où le malade doit se garantir de l'air. — Invité à s'expliquer plus amplement à l'égard de l'application de cette méthode ainsi que sur les observations recueillies, il rapporta ce qui suit :

« Il n'y a que deux ans que la méthode, dite *anglaise*, de traiter la gale a fixé mon attention. Au premier essai que j'en fis je fus excessivement surpris du bon résultat qui en fut la suite; mais considérant cette méthode comme trop connue je n'en fis pas mention, car ainsi que je l'ai appris, elle a été employée déjà à l'époque des guerres de 1813 à 1815. »

« D'après ce que j'avais lu dans un journal sur le traitement des galeux dans quelques hôpitaux, je fus surpris de ce que cette méthode était loin d'être aussi généralement appréciée et appliquée qu'elle paraît le mériter, ce qui me détermina à en faire mention dans mon rapport. »

« J'avoue franchement que les expériences que j'ai eu occasion de faire par cette méthode ne peuvent nullement suffire pour décider de son mérite; cependant elles me paraissent assez suffisantes pour engager à en faire des essais en grand, c'est-à-dire dans les hôpitaux. La gale ne se présente que rarement ici, et le public, en la traitant intérieurement avec du soufre pulvérisé et extérieurement avec l'onguent de Jasser, s'est telle-

ment familiarisé avec elle qu'il ne consulte que rarement le médecin. En conséquence, le nombre d'individus galeux que j'ai traités depuis deux ans se réduit peut-être à 16 ou 18, dont la moitié seulement a été traitée d'après la méthode susdite, ayant choisi avec soin, surtout au commencement, des malades qui me parurent propres à être traités d'après ce mode. Je ne choisissais que des hommes robustes et qui pouvaient supporter une transpiration prolongée pendant 30 à 36 heures. Ensuite, je n'expérimentais encore que sur ceux dont je pouvais attendre une scrupuleuse exécution de mes ordonnances. Je ne puis citer que 8 individus auxquels j'appliquai cette méthode et sur lesquels je me suis assuré de l'excellent résultat de ce traitement. 3 seulement habitaient mon endroit et ont pû être observés par moi pendant le traitement. Le premier était lymphatique et phlegmatique; il avait le *scabies lymphatica*, tous les autres avaient le *scabies papuliformis*. Ils étaient tous du sexe masculin, de 15 à 30 ans.

» La gale n'était invétérée chez aucun des trois, bien que cependant elle leur couvrit presque entièrement le corps. Là, où l'éruption n'était pas générale, je préférais de me servir de la méthode ordinaire; outre cela, je l'employais encore chez quelques individus étrangers et qui ne se sont plus présentés chez moi, ce qui fait présumer une guérison complète. J'en fis également usage chez une femme robuste, mais irritable, d'un tempérament sanguin et chez laquelle il se déclara pendant la transpiration qui dura six heures, de violens maux de tête, ce qui me força d'abandonner la méthode dite anglaise.

» Les frictions, sans la transpiration continue, n'avaient pas été suffisantes chez elle; en conséquence, j'ai achevé de la guérir par les moyens ordinaires, ce qui prouve en même temps qu'une transpiration continue est urgente pour le succès de cette cure.

» Ma manière de traiter d'après cette méthode ne diffère que très-peu de la prescription anglaise. Avec la quantité entière de l'onguent composée de

R. Flor. sulphur.	℥ i.
Pulver. radic. Hellebor. alb.	ʒ j.
Nitr. depurat.	℈ ß.
Sapon. moll.,	
Adip. suill. ana.	℥ j — ℥ i ß.

on frictionne tout le corps du malade et principalement aux articulations; immédiatement après, le malade doit se mettre au lit enveloppé nu, dans une couverture de laine. Chez des individus robustes, la transpiration générale qui en est la suite, doit durer environ 30 heures; chez des sujets plus faibles ainsi que chez les enfans et dans les cas où la gale n'est point invétérée, 12 à 24 heures de transpiration suffisent. Au bout de ce temps on lave le malade avec du savon noir, il doit changer d'habillemens et se trouve entièrement guéri. Pendant quelques jours seulement il doit encore se préserver de refroidissemens. Je n'ai point mesuré la température de la chambre du malade au moyen du thermomètre, je prescrivais seulement une chaleur supportable, environ 16° R.; à Wéteritz, où je traitais au mois d'avril 3 valets de ferme, d'après cette méthode, leur guérison s'est opérée dans des lits placés dans une écurie qui pouvait aussi avoir le même degré de chaleur.

» Je permettais toujours de se servir de couvertures des chevaux, la poussière des chevaux pourrait bien encore accélérer la transpiration. Ces trois derniers malades s'étaient assez bien conformés pendant le traitement, à mes prescriptions, et ils reprirent leur besogne habituelle à la campagne le jour qui suivit leur guérison, sans que cela leur occasionnât le moindre mal. La diète pendant la transpiration était celle-ci : de l'eau pour boisson, de la bouillie d'avoine, de la soupe de bière et du pain et du beurre pour alimens; après le lavage je ne restreignais plus la diète.

» Les symptômes qui se présentèrent pendant le traitement ne différèrent en rien chez les malades qui savaient le supporter, de ceux qui se déclarent pendant les transpirations prolongées : la peau molle, le pouls assez accéléré et mou, mais plein, la tête un peu lourde, le sommeil assez bon; un seul cas excepté où la cure ne put être amenée, il ne se présenta point de symptômes extraordinaires.

» Le premier signe de guérison à la fin du traitement est la disparition de la démangeaison. Chez la plupart cette disparition était complète; seulement deux en étaient encore incommodés et cela à des endroits où l'éruption avait été fort considérable; néanmoins les pustules y avaient perdu entièrement leur caractère psorique et il ne s'en était point formé d'autres entre eux. Les pustules se trouvèrent rétrécies et les vésicules pour ainsi dire desséchées. Au bout de quelques jours ces dernières disparurent totalement. D'après un examen fait ultérieurement la superficie de la peau fut trouvée entièrement guérie. Je n'ai point remarqué jusqu'à présent des rechutes qui se présentent assez souvent dans d'autres traitemens, de même que d'autres accidens fâcheux.

» Le mérite de ce mode de traitement doit le faire préférer à tous les autres, en ce qu'il est le plus court et par conséquent moins fatigant et je crois aussi plus sûr. J'ai de même la persuasion, par suite des observations faites pendant le traitement, que cette méthode ne doit pas être considérée comme exclusivement externe (c'est-à-dire ne portant que localement sur la peau), telles que l'onction et le traitement par la diète dans la syphilis, ce qui est prouvé par l'abondante transpiration qui se déclare et par l'inefficacité du remède quand il n'a pas été appliqué convenablement. Cette méthode a été vantée aussi dans d'autres maladies chroniques de la peau et dans la goutte; je crois aussi qu'il est probable qu'elle est d'un heureux effet dans des cas où il s'agit d'établir une forte transpiration.

» Une fois seulement je l'ai essayée pour une goutte générale et invétérée et qui avait perdu en grande partie de son intensité par l'application de l'huile de poisson; cependant je n'ai pu la continuer à cause de vio-

lens maux de tête et de douleurs aux membres qui se manifestèrent pendant la transpiration.

» Une seule fois je me suis servi avec succès de l'onguent mentionné plus haut, sans cependant établir la transpiration, dans un *porrigo furfurans*, par suite duquel une grande partie de la tête était devenue chauve et qui avait résisté avec opiniâtreté aux remèdes locaux et ordinaires appliqués antérieurement. Tous les matins on lavait toute la tête avec de l'eau de savon tiède et ensuite, après l'avoir soigneusement séchée, on y appliquait l'onguent sur tous les endroits attaqués. Le malade devait avoir continuellement la tête converte d'un bonnet doublé d'une vessie de cochon. Au bout de huit jours de ce traitement le malade était guéri. »

ANDREÆA. (N° 39, 1836).

Résultats de la méthode de traitement de la gale, du docteur WILHELM.

La méthode du docteur Wilhelm, de Munich, connue depuis longtemps et qui se trouve décrite dans sa *Chirurgie clinique*, tome 1er, promet de résultats si heureux pour la guérison de la gale, est d'une application si facile, si propre, demande si peu de temps et de frais que le médecin chargé de la direction des hôpitaux aurait tort de ne pas en faire usage ou tout au moins de l'essayer, d'autant plus que l'inventeur même (si on peut se servir de cette expression) communique des résultats extrêmement favorables à cette méthode.

Sans entrer dans des détails à l'égard de la nature de la gale dont les symptômes ont été déjà exposés par le docteur Wilhelm je mentionne seulement ici : que cette méthode se borne d'un côté à l'application d'une lessive de *kali* jusqu'à ce que les pustules soient entièrement développées, et d'un autre côté à une friction avec un liniment savonneux jusqu'à guérison totale, en prescrivant des bains de propreté, avant et pendant le traitement, et en administrant des remèdes purgatifs après les bains. Le malade doit observer la diète en ayant soin de se tenir chaudement.

La lessive se compose de :

R. Kali caustici. unc. unam.
Solv. in. aq. destill. libr. unam.

On se servira d'une dose ainsi préparée, huit fois par jour, en continuant jusqu'à éruption complète : on reconnaît que cette dernière est complète, lorsqu'il ne se forme plus de *nouvelles pustules* et lorsque, au lieu de *prurit* et *démangeaison*, il naît une forte *chaleur* à la peau ; elle naît habituellement au bout de 2 à 3 jours. On frictionnera ensuite avec l'onguent suivant :

℞ *Saponis domest.* ℥iß
Aquæ fervidæ q. s. ut fiat *unguentum molle.*

Une moitié le matin et l'autre le soir (1) et on administrera des remèdes laxatifs. Au bout de huit jours la guérison doit être complète.

Pour l'application de cette méthode de traitement, nous avions choisi 38 galeux dans notre hôpital, c'est-à-dire tous ceux qui se trouvaient alors à l'hôpital dit *Allerheiligen-Hospital*, et dont la plupart provenaient de la maison des pauvres et des orphelins ; le reste se composait d'ouvriers et de deux femmes du peuple.

Les résultats furent les suivans :

10 guéris endéans 10 jours, 5 en plus que 10 jours.	Total	15
10 guéris endéans 5 jours (mais ayant eu plus tard des rechutes), 5 en plus que 10 jours.	Total	10
13 non guéris malgré un traitement continu.	Total	13
		38

Les lotions employées jusqu'au résultat ci-après :

1° Chez les 15 entièrement guéris, 5 jours chez 10 d'entre eux et plus longtemps chez les 5 autres.

2° Chez les 10 ayant eu des rechutes : pendant 5 jours chez 2 d'entre eux et chez les 8 autres un temps indéterminé.

On fit usage du liniment jusqu'à guérison complète :

1° Chez les 15 guéris : 5 jours de suite chez 5 d'entre eux, chez les 10 autres plus longtemps.

2° Chez les 10 atteints de rechutes : pendant 5 jours, chez 4 d'entre eux, chez les 6 autres, plus longtemps.

Quant aux 13 galeux non guéris par cette méthode, en voici le résultat : On la lessive de kali avait été sans aucun effet sur l'éruption qui ne changea en rien pendant huit jours et plus, bien qu'une sensation brûlante se fit sentir à la superficie de la peau, ou l'éruption se forma entièrement; le malade, éprouva une chaleur générale à la peau et on dut recourir aux linimens, mais alors la gale se dessécha ou bien elle revint pendant que l'on appliquait les linimens. Enfin la gale se dessécha, les malades parurent guéris, mais peu de temps après elle se déclara de nouveau et recouvrit tout le corps.

Ces 13 individus ont été soumis à notre traitement ordinaire au moyen duquel ils guérirent bientôt.

Le temps nécessaire à la guérison de ces malades fut de 10 à 15 jours. Malheureusement ce terme de guérison est moins favorable que celui assigné par le docteur Wilhelm et il n'y avait non plus que 15 guéris sur 38, et 10 qui le paraissaient entièrement ont eu des rechutes ; il restait donc un peu plus qu'un tiers d'in-

---

(1) Préparation de la lessive caustique, d'après l'auteur : *Cinerum clavellatarum* libr. iij, calcis pur. libr. ij, m. f. c. s. q. *aquæ fontanæ* l. a. *lixivii caustici ponderis specifici* 1,006-7, lib. CLIII, serv. vitr. bene clauso. On doit faire l'épreuve du contenu de kali dans la potasse et six onces de potasse dissoutes dans une livre d'eau doivent donner la pesanteur spécifique de 1,266. On versera deux parties d'eau froide pendant 24 heures de suite sur cette potasse, avant d'en faire usage.

dividus qui fut tout à fait rétabli et qui se composant en plus grande partie d'ouvriers et de pauvres, a été enlevé plus tard à nos observations.

Ceux qui avaient eu des rechutes, appartenaient presque tous à des établissemens publics, ou bien c'étaient des personnes que nous avions occasion d'observer pendant plus longtemps, ou qui l'étaient par d'autres. Il est donc fort possible et même probable que parmi ces premiers il se soit aussi présenté quelques rechutes.

Quant aux symptômes qui se montrèrent pendant le traitement, il y avait parmi les malades quelques individus affectés de *scabies humida;* aucun de ceux là ne fut guéri. D'autres, et même la plus grande partie étaient atteints de *scabies sicca,* d'un degré plus ou moins élevé; d'autres encore n'avaient eu que de faibles attaques de gale. Ces derniers surtout guérirent bientôt, mais eurent des rechutes. Après avoir appliqué la lessive, il se manifesta naturellement et presque chez tous, une éruption à la peau caractérisée par la rougeur, et peu à peu seulement il se déclara un prurit général qui fut remplacé plus tard par la *démangeaison.* Chez des sujets robustes et non-irritables on ne put déterminer d'une manière précise la sensation qu'ils éprouvèrent; l'homme du peuple n'a pas de mots pour exprimer clairement quelles sortes de sensations il éprouve et il ne sait pas faire la distinction entre prurit, démangeaison, cuisson, etc., etc. Cependant on remarqua plusieurs fois des *efflorescences* très-visibles avec rougeur de la peau. Je ne puis, avec des résultats si peu satisfaisans, décider si ces efflorescences étaient la suite d'un processus pathologique déterminé ou purement la suite de l'application de la lessive caustique.

Nous sommes donc revenus de nouveau à notre ancienne méthode de faire usage du soufre (et lorsque les cas l'exigent intérieurement quelques doses de fleur de soufre), de nous servir du savon noir et des linimens de soufre et de savon noir, et de faire prendre beaucoup de bains. Nous sommes persuadés de l'efficacité de cette méthode depuis plus de 25 ans et nous guérissons tous les galeux en 10 à 12 jours de temps, terme moyen, et dans la plupart des cas, radicalement.

Ebert. (N° 39, 1836).

Unguentum Helenii contre la gale.

Parmi différens remèdes nouvellement proposés pour guérir cette maladie dégoûtante, et si difficile à extirper entièrement lorsqu'elle a pris racine, les médecins perdent facilement de vue un ancien remède efficace. A savoir : l'Unguentum Helenii recommandé par le docteur Gossow, médecin de l'arrondissement d'Osterode, surtout d'un effet salutaire chez les enfans atteints de la gale.

Klose (Extrait d'un rapport officiel fait à la municipalité de Kœnigsberg). (N° 40, 1836).

Anévrysme de l'artère temporale à la suite de l'application de ventouses.

Sarah Wilkinson, âgée de 38 ans, servante, s'est présentée plusieurs fois à la consultation de M. Carswell, pour être traitée d'un rhumatisme. Des ventouses lui ont été appliquées sur la tempe gauche depuis un mois ; l'artère temporale ayant été divisée par le scarificateur, il s'est formé en peu de jours une petite croûte à l'endroit de l'incision, qui est devenue petit à petit proéminente. Plus tard elle augmenta tout à coup, et prit la forme d'une petite tumeur pulsative à la vue et au toucher. Sa présence n'occasionnait aucune douleur, mais elle était sensible à la pression. M. Carswell fit voir la malade à M. Cooper ; la nature de la tumeur n'a point été douteuse : on sentait un gros vaisseau postérieurement dont la compression faisait cesser les pulsations.

Une incision ayant mis le vaisseau à découvert, on l'a lié à l'aide d'un fil passé avec une aiguille ; mais après cette ligature, les battemens de la tumeur persistaient. On a alors pratiqué une incision de manière à diviser transversalement tous les vaisseaux, qu'on a liés ensuite successivement. Pansement à l'aide d'une compresse et d'une bande. Pas d'hémorrhagie. Bon état de la plaie. Guérison radicale.

Considérations sur une affection spasmodique particulière des muscles du cou ; par M. Hutchinson.

L'auteur de cet article décrit une affection spasmodique du muscle trapèze ou du sterno-cléido-mastoïdien, qui est, selon lui, très-fréquente à Londres et qu'il fait dépendre d'une irritation du nerf accessoire de la huitième paire. La source de cette irritation est à la base du crâne, ou bien vers la portion supérieure de la moelle épinière, ou bien enfin dans un organe éloigné, comme l'estomac, par exemple.

Les symptômes principaux de cette affection sont les suivans : spasme plus ou moins constant d'un ou des deux muscles trapèzes, d'un ou des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Le paroxisme est accompagné de douleur vive, au point que le malade en appréhende tellement le retour, qu'il n'ose pas bouger et soutient l'occiput avec ses deux mains ; le sommeil est calme lorsqu'il persiste, mais une fois interrompu, les spasmes reparaissent. Pendant le jour, les accès n'offrent que de petites intermissions, les muscles affectés restant dans un état de rigidité et de contraction continuelle. La tête est tirée directement ou bien latéralement en arrière. L'expression de la figure indique la souffrance profonde ; le pouls est à peine altéré ; la santé générale, le sommeil et l'appétit sont bons ordinairement.

Parmi les trois cas de ce genre que M. Hutchinson rapporte dans cet article, deux sont relatifs à des hommes de fibre molle et de constitution faible, exerçant le métier de fabricans de bas. Chez deux, le mal pourrait bien se rallier à la paresse des voies digestives, par suite de leur vie sédentaire. Chez l'autre, au contraire, c'était un laboureur, dont la constitution et la santé habituelle étaient fortes et rudes. Jusqu'à présent l'affection n'a été observée que sur des hommes. Voici la substance des trois faits relatés dans ce travail.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de 60 ans, pâle, maladif, ouvrier en bas, souffrant habituellement des voies digestives. Il se plaint de douleurs atroces dans la tête, de trouble de la vision et d'une névralgie qui s'étend le long des nerfs cutanés superficiels du cou. Emploi des purgatifs répétés.

Plus tard il est atteint de douleurs dans le cou, s'irradiant dans les épaules et provoquant la contraction des deux muscles trapèzes. Les bords de ces muscles sont relevés et se dessinent parfaitement. Les autres symptômes sont comme ci-dessus.

℞ : Ferri subcarb. 2 gros ter die.
Pill. coloc. co. gr. o. X. V. m.

Raser la tête et y faire des applications froides. On continue ce traitement pendant plusieurs jours. Diarrhée ; augmentation du mal. On suspend le sous-carbonate. Frictions à la peau et aux épaules avec trois gouttes d'huile de croton tiglium. Eruption ; augmentation de tous les symptômes. Huit sangsues aux narines, pas d'amélioration. On revient aux préparations de fer et aux frictions d'huile de croton. Amélioration progressive ; guérison ; récidive chaque fois que les voies digestives sont malades. Purgations souvent répétées.

Dans le second cas il est question d'un homme de 30 ans, de constitution athlétique, souffrant cruellement depuis six mois des attaques cervicales dont il s'agit. C'est le trapèze gauche qui se contracte chez lui comme une corde ; le menton est porté du côté opposé ; le cou est fort raide ; le sterno-cléido-mastoïdien du même côté paraît y contribuer aussi. Les douleurs qu'il accuse sont atroces ; le ventre est constipé.

Prescription : du sous-carbonate et de la coloquinte *ut suprà ;* plus, électricité dans le muscle trapèze. Aucun effet. On augmente la dose du sous-carbonate jusqu'à une demi-once trois fois par jour. Six aiguilles à acupuncture dans le trapèze. Amélioration. Répétition

de ces mêmes remèdes. Diaphorétiques. Mieux. Enfin on prescrit la formule suivante.

℞ : Ferri subcarb. once ss. ter in die.
Tinct. valer. Ammon, 1 gros.
Mist. camphorat, 1 once.
Æthcris, gros ss.
Applicetur reg. cervic. unguent. veratriæ, gros ss. ter in die.

Amélioration ; récidives répétées.

L'éruption artificielle, les ventouses, ni les purgatifs répétés, n'empêchent point le retour des accès. On remplace tous ces moyens par la liqueur arséniale et la teinture d'opium, à la dose de cinq gouttes trois fois par jour. La suite de ce traitement se compose des moyens suivans qui sont successivement mis en usage : Electricité, ventouses, saignées locales, moxas, purgatifs, acide hydrocyanique, bains chands et froids. N'obtenant aucun succès, on administre le sulfate de quinine à haute dose et le malade guérit. Les accès ne reparurent plus, mais l'homme resta avec la tête et le menton légèrement déviés.

M. Hutchinson termine cette observation par cette remarque : « Les paroxysmes spasmodiques de ce cas » ressemblaient plutôt à ceux de l'hydrophobie (bien » qu'ils n'étaient pas aussi généraux que dans cette » dernière), qu'à ceux qu'on observe dans toute autre » affection nerveuse. »

Le troisième fait a beaucoup de ressemblance avec le précédent. Il a été traité également par les applications froides et les révulsifs localement ; les préparations de fer et les purgatifs intérieurement. Le mal a fini par céder à l'action de cette médication.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

Clinique de M. Litchfield *sur les maladies de la peau.*

La position de M. Litchfield, en sa qualité de médecin à l'infirmerie des maladies de la peau, l'a mis à même de bien observer et d'étudier les affections du système dermique. Quelques faits qu'il rapporte nous ayant paru offrir de l'intérêt sous le rapport de la pratique, nous avons cru devoir les reproduire.

On a remarqué avec raison, dit M. Litchfield, qu'aucune autre classe de maladie ne se trouve entourée de plus d'obscurité que celle des affections dermiques; cela paraît d'autant plus extraordinaire que les caractères de ces lésions sont des plus évidens, et que leur occurence est des plus fréquentes. L'espèce de chaos qui a régné à cet égard pourrait peut-être dépendre de la trop grande fréquence même de ces maladies, et de la négligence qu'on a mise dans leur diagnostic; comme dans plusieurs autres branches des sciences naturelles, la multiplicité des faits a dû contribuer ici à en embarrasser l'étude.

On a souvent groupé des affections essentiellement différentes dans une même catégorie et on les a soumises à un même traitement; dans d'autres cas au contraire, on a décrit comme des maladies diverses les différentes périodes d'une même affection. Ces considérations peuvent s'appliquer surtout à la véritable lèpre des anciens, confondue par plusieurs auteurs avec une affection tuberculeuse du derme, ou plutôt du tissu cellulaire sous-dermique, que les Grecs appelaient éléphantiasis. M. Alibert a aussi placé à tort, selon M. Litchfield, l'éléphantiasis au nombre des affections lépreuses. On a également confondu la *lepra* avec quelques eczema, *psoriasis* ou lichen.

Lepra de anciens; bain d'Arrow-Root; liqueur arsénicale intérieurement; préparation d'iode extérieurement; guérison.

James Brackley, âgé de 30 ans, étant en pleine transpiration, il y a maintenant cinq ans, a bu abondamment de l'eau froide. Peu de temps après il aperçoit sur sa poitrine un certain nombre de petites élévations cutanées rondes, rougeâtres et luisantes; lisses d'abord, elles deviennent rugueuses ensuite, et se couvrent à leur sommet d'écailles blanches et minces. Ces écailles se dilatent rapidement tout en conservant leur forme ronde ou ovale. L'éruption est environnée d'une bordure sèche, rouge et légèrement élevée. Les écailles de transparentes et minces qu'elles étaient comme celles de la carpe, deviennent graduellement laminées et denses de manière à former des croûtes épaisses et proéminantes. Si on enlève ces écailles, la peau sous-jacente paraît rouge et brillante. Si on détache forcément la première écaille, on remarque une petite tache de sang sur la dépression de la surface sous-jacente, et même sur l'élévation dermique qui lui répond.

Lorsque je le vis pour la première fois, ce malade se plaignit vivement de prurit et de douleur dans le siége de l'éruption. Il y avait beaucoup d'inflammation dans les environs des croûtes. Ce malaise accompagne presque toujours la séparation des premières écailles; M. Plumbe l'attribue à l'élévation de l'écaille produite par la tuméfaction du bord enflammé, et à l'accroissement récent de la même écaille dont le centre se détache forcément de la peau.

Prescription.— Pour calmer cette irritation, j'ai ordonné un bain mucilagineux fait avec une demi livre d'arrow-root dans le bain ordinaire tiède. L'irritation s'est promptement apaisée, la douleur et la tension se sont dissipées. Ensuite le malade a pris, avec un très-grand avantage, des petites doses de liqueur arsénicales, trois fois par jour dans une infusion de dulcamara. Extérieurement, une préparation d'iodine d'après la formule de M. Leithead, dont voici la composition: Faites dissoudre de l'iodine dans de l'éther sulfurique; versez un peu de cette solution dans un vase séparé, et ajoutez de la liqueur de potasse jusqu'à ce que la couleur de l'iodine soit entièrement disparue; vous aurez alors un précipité qui forme la substance en question. Cette préparation paraît être composée de carbonate de potasse, d'iodine de potassium, et d'un peu d'iodine de carbone. Le docteur Neomson, médecin à Londres, prépare d'une autre manière l'iodine de carbone: il prend de la teinture concentrée d'iodine, ajoute de la potasse caustique, jusqu'à ce que la couleur brune de l'iodine ait disparu; il verse ensuite de l'eau dans la solution claire, et il obtient un précipité d'une belle couleur jaune qui est l'idione de carbone.

Je conserve les notes de sept cas dans lesquels j'ai employé cette dernière préparation. Dans cinq, il s'agissait d'engorgemens glandulaires très-considérables et les malades sont parfaitement guéris. Les deux autres étaient des *lepra* comme chez le malade dont il s'agit, et la guérison a eu également lieu. Chez le sujet en question, j'ai ordonné des frictions avec le médicament sous forme d'onguent.

Prenez: De la poudre ci-dessus, demi-gros.
Du cérat simple, six gros. F. pom.

Tout nous fait présumer que ce malade guérira comme les deux précédens.

L'auteur termine cette observasion par des considérations générales tendant à prouver que la *lepra* des anciens n'est pas une maladie contagieuse ni héréditaire.

Impetigo sparsa; mercuriaux; purgatifs; lotions émollientes et sédatives; guérison.

Anne Gashman, âgée de 42 ans, est atteinte d'*impetigo sparsa* depuis dix mois. La forme de l'éruption entremêlée à des vésicules, pourrait la faire prendre pour une *scabies* par quelque observateur inexpérimenté. L'étendue, cependant, et la marche lente de l'éruption, la chaleur et la torpeur qui l'accompagne, l'abondante exsudation ichoreuse et le caractère non-contagieux qu'elle présente suffisent pour appuyer notre diagnostic.

Le mal s'est déclaré à la suite d'exercices violens, de l'intempérance, de l'action du froid, de chagrins profonds et de frayeurs, cette femme ayant perdu son mari subitement.

Les acides végétaux, les alcalis, les sulfures, ont été tour à tour recommandés, intérieurement et extérieurement, contre cette maladie. Les dernières préparations ont été employées abondamment chez cette malade, mais sans succès, au dispensaire de Warwick-Street, où elle a été pendant quelque temps. Les mercuriaux ont été trouvés plus utiles; je lui ai donc prescrit cinq grains de pilules de Plummer tous les soirs et un catartique de temps en temps le lendemain. J'ai en même temps commandé des bains de propreté chauds, et des lotions sédatives d'après la formule suivante :

Prenez :	Acide hydrocyanique.	2 gros ss.
	Liq. plumb. s. a.	12 gouttes.
	Aqua distillat.	7 onces ss.
	Alcool,	onces ss. M.F. lotio.

Il est bon de surveiller soi-même l'usage de cette préparation et d'en noter les effets sur le pouls. Je dois dire néanmoins que je n'ai jamais observé de mauvais effets de son administration. Dans deux cas pareils au précédent où je l'ai employé, l'irritation des environs de l'éruption a été rapidement dissipée et le mal guérit radicalement. Chez la malade dont il s'agit, nous pouvons donc porter un pronostic favorale.

Acne simple; bains alkalins; solution de Fowler; guérison.

Robert Osborn, âgé de 19 ans, était depuis plus de deux ans atteint d'un *acne simplex*, qui se présentait sous la forme de tumeurs dures et enflammées, suppurait lentement, et envahissait seulement la face, le cou et les épaules. L'éruption ne s'est jamais montrée chez lui au-dessous des épaules ni du thorax. On sent d'abord sous la peau comme des petites semences dures, du volume de la tête d'une épingle. Trois ou quatre jours après ces grosseurs augmentent de volume et s'enflamment. Vers le sixième ou septième, l'éruption est au summum de son développement; elle est alors proéminente, rouge, lisse, luisante à la vue, dure et douloureuse au toucher. Vers le dixième jour, une petite tache de matière paraît au sommet de chaque tumeur, qui s'élargit bientôt, se dessèche et forme une croûte jaunâtre. Après cette époque, l'inflammation décline, les croûtes s'ébranlent et tombent vers la troisième semaine. Quelques-uns des boutons cependant ne passent pas à la suppuration, ils s'élèvent graduellement, s'enflamment modérément et déclinent ensuite dans l'espace de huit à dix jours, en laissant à leur place une marque rouge passagère. Tels sont les symptômes que ce malade a présentés à de courts intervalles dans l'espace de deux ans. Il attribue l'affection à l'action du froid; sa santé générale, du reste, est bonne, ainsi que sa constitution.

Le traitement que nous avons mis en usage chez ce malade se compose : 1° de bains alternatifs de soude et de sulfures, deux fois par semaine. (Le bain de soude était composé avec une livre de soude du commerce dans un bain tiède ordinaire. Le sulfurique résultait de quatre onces de sulfure de potasse dans le bain chaud ordinaire); 2° de cinq gouttes de la solution de Fowler avec addition de vingt-cinq gouttes de la teinture double de gentiane, deux fois par jour. Cette médication a été suivie jusqu'à ce que les seuls restes de la maladie consistaient en quelques taches pourprées à la figure. Ce malade va quitter l'infirmerie parfaitement guéri.

Psoriasis palmaria; bains sulfureux locaux; liqueur de potasse intérieurement, guérison.

Sophia M'Creary, 40 ans, portait un psoriasis palmaria depuis vingt-deux mois. La main et le poignet présentaient une apparence cornée et rugueuse, traversés par des rides profondes et saignant facilement au moindre mouvement des doigts. Les ongles étaient jaunâtres et considérablement contrefaits. Le traitement suivant a réussi au delà de notre attente : 1° bains locaux matin et soir, pendant dix minutes à chaque fois, avec une once de sulfure de potasse dans un maniluve tiède; 2° intérieurement, liqueur de potasse dans une mixture d'amandes amères. Guérison prompte. Le malade est congédié, mais il y a à craindre la récidive.

Observation sur un cas d'hydrophobie, suivie de quelques considérations; par M. Blizard Curling.

Il s'agit d'un jeune homme, âgé de 17 ans, qui, six semaines auparavant, avait été légèrement mordu au poignet droit par un petit chien épagneul présumé enragé. Le chien a été tué le lendemain. Le jeune homme avait négligé de se faire exciser et cautériser la plaie ainsi qu'on le lui avait recommandé. La petite morsure s'était cicatrisée peu de jours après, et la santé a toujours été bonne jusqu'à l'époque indiquée où la rage s'est déclarée.

C'est par une douleur dans l'aisselle et dans l'épaule que la rage a commencé. Le soir, mal de gorge. Le lendemain et les jours suivans, yeux saillans et luisans, pupilles dilatées, impatience, loquacité, pouls accéléré. Bientôt après, l'aversion pour l'eau se manifeste; convulsions des muscles de la gorge; le malade tourne la tête et couvre ses yeux avec les deux mains à l'aspect de l'eau, d'une chandelle, et de tout corps luisant; soif ardente, dysphagie complète pour les liquides; vomissemens de matière noirâtre; voix aigre et perçante; fureur; le malade attaque toutes les personnes qui l'approchent, excepté son frère; délire; faiblesse progressive.

Malgré l'usage des saignées, de l'extrait de belladone intérieurement (un grain par heure), et des lavemens répétés d'une infusion de tabac, les paroxysmes ni la marche de la maladie n'ont pu être aucunement influencés, et la mort eut lieu en peu de jours.

L'autopsie ne présenta de remarquable que les circonstances suivantes : 1° Glandes muqueuses de l'épiglotte et de ses environs enflammées; 2° membranes cérébrales phlogosées; 3° existence de deux gros vers ascarides dans le tube intestinal. Le reste de l'organisme était sain; la cicatrice n'a rien offert de particulier, elle n'a même pas été douloureuse durant l'existence de l'hydrophobie. L'auteur se demande si la présence des vers dans les intestins n'aurait pas contribué au développement et à la marche aussi rapide de la maladie : il semble admettre cette dernière hypothèse, se fondant sur l'efficacité réelle de cette cause dans le développement du tétanos qui est, suivant lui, une affection analogue. Il ajoute, en terminant, qu'un autre individu qui avait aussi été mordu à la main par le même chien n'avait rien éprouvé jusqu'alors. Consulté à cette époque, M. Curling a cru devoir inciser la cicatrice et cautériser fortement l'endroit de la morsure.

THE LONDON MEDICAL

AND

SURGICAL JOURNAL.

Quelques idées originales sur les fonctions et les maladies du canal intestinal; par M. James O'Beirne.

Voici les propositions que l'auteur pose en tête de ce travail et qu'il se propose de prouver :

1° Que toute la portion du rectum comprise entre le sommet de la cloaque rectale et la terminaison du colon, portion dont la longueur varie de six à huit pouces, est totalement contractée et vide dans les intervalles d'une selle complète à une autre; du moins jusqu'à quelques minutes avant la nouvelle garde-robe.

2° Que, durant cette période longue ou courte, la cloaque rectale seule contient des excrémens; mais ces matières sont en très-petite quantité et sous la forme de boulettes (*pellets*).

3° Que la cloaque rectale elle-même est toujours dilatée ou ouverte.

4° Que c'est à l'action musculaire de la portion contractée du rectum et non à celle des muscles sphincters de l'anus que nous devons la faculté de retenir et d'expulser à volonté les excrémens.

5° Que c'est l'extrémité supérieure ou l'anneau de cette portion contractée, et non les sphincters, qui résiste à l'impulsion du diaphragme et des muscles abdominaux dans l'acte de la respiration. C'est elle qui supporte le poids et le volume des parties contenues dans la portion sigmoïde du colon; c'est elle enfin qui s'oppose à leur descente et qui supporte l'irritation de la présence de ces matières.

6° Que par suite de cette fonction les quelques fibres musculaires qui composent cet anneau supérieur acquièrent un plus grand degré d'irritabilité et de force contractile que celles de la portion inférieure du rectum.

7° Que cet anneau supérieur doit être franchi par l'action combinée du diaphragme et des muscles abdominaux, chaque fois que les matières de la portion sigmoïde du colon doivent passer dans le rectum.

8° Que le rectum n'est jamais rempli jusqu'à quelques momens avant la garde-robe, et aussitôt qu'il est suffisamment plein il se contracte et expulse les matières par l'anus.

9° Que c'est seulement dans le dernier acte de l'excrétion que les sphincters de l'anus peuvent jusqu'à un certain point retarder la défécation.

10° Qu'aussitôt que cette fonction est accomplie, le rectum revient à son premier état de contraction *oblitérative*. Les sphincters ferment l'anus; et, ainsi que le docteur Elliotson l'a très-exactement fait remarquer, les muscles releveurs de l'anus relèvent l'intestin dans sa position naturelle.

Les preuves alléguées par l'auteur à l'appui de ces propositions sont de trois sortes : les unes sont anatomiques, les autres expérimentales, les autres enfin pathologiques.

Preuves anatomiques. J'ai démontré ailleurs, dit M. O'Beirne : 1° que le rectum est la portion la plus musculeuse du canal intestinal, et qu'elle est aussi la seule qui reçoit des nerfs directement de la moelle épinière. Ces circonstances font déjà pressentir une destination à un très-haut degré de sensibilité et de contractilité; 2° que le but le plus clair de cette organisation n'a pu être que de donner à cet intestin une très-grande faculté contractile; 3° que les quatre-cinquièmes de cet organe sont dépourvus de muscles extrinsèques capables de s'opposer à sa contraction; 4° enfin que la portion qui forme la cloaque rectale est nécessairement ouverte par l'insertion des muscles releveurs de l'anus dans cette partie.

Preuves expérimentales. En explorant l'état du rectum chez un grand nombre d'individus en bonne santé à l'aide d'une sonde de gomme élastique que je passais jusque dans la portion sigmoïde du colon, j'ai constamment trouvé que le passage de l'instrument était plus ou moins difficile jusqu'à l'extrémité supérieure du rectum; arrivé à ce point la difficulté ou la résistance augmentait très-sensiblement. Ce point étant franchi, la sonde marche rapidement au-dessus comme à travers un anneau plus ou moins serré. Alors, on voit immédiatement des gaz ou des fèces liquides, ou les uns et les autres à la fois sortir par la canule. La portion de l'instrument qui a franchi cet obstacle peut être ensuite remuée très-librement à travers l'anneau étroit. En retirant la canule on ne la trouve salie de matière fécale que dans la portion qui avait dépassé cette limite. Chez quelques personnes bien portantes j'ai aussi exploré le rectum avec le doigt au moment où elles sentaient des légères envies d'aller à la garde-robe; je l'ai examiné ensuite immédiatement après la selle, et je me suis assuré que cet intestin était dans l'un et l'autre cas vide et contracté.

Preuves pathologiques. 1° On convient généralement

d'après l'expérience, qu'on peut retarder artificiellement la marche des matières fécales dans le gros intestin, et en particulier dans le cœcum et le colon. Or, il est clair que cela n'aurait pu se faire s'il y avait une communication toujours béante entre la portion sigmoïde du colon et le rectum. Ce dernier, dans ce cas serait nécessairement exposé à des accumulations fréquentes de matière, les fonctions de la vessie en seraient très-souvent dérangées, et les sphincters de l'anus irrités par les fèces obligeraient l'homme à aller à chaque instant à la garde-robe. L'homme serait donc alors privé de l'heureuse faculté dont il jouit de retenir les matières fécales non-seulement plusieurs heures, mais encore quelquefois pendant plusieurs jours sans inconvénient.

2° La nature n'aurait eu aucun but en faisant un dépôt principal de matière fécale dans une portion intestinale continue avec le rectum, si la portion sigmoïde du colon offrait un passage libre aux fèces vers le rectum.

3° Dans l'acte de la réception d'un lavement, tout le monde peut constater un certain degré de résistance que le liquide éprouve en remontant dans le rectum. Il est connu d'ailleurs par les personnes qui ont l'habitude de prendre souvent des lavemens, que malgré que la seringue soit bien en ordre et bien chargée, malgré que la canule soit convenablement introduite dans le rectum, il faut toujours une certaine force pour faire avancer le liquide. A quoi tient cette résistance, sinon à la contraction et à la clôture assez solide du rectum? Le rectum est donc comme tous les organes musculaires creux, tels que la vessie urinaire, etc., qui restent à l'état de contraction jusqu'à ce qu'ils deviennent distendus par la matière qu'ils doivent contenir! J'ai administré moi-même des lavemens à un grand nombre de personnes bien portantes de tout âge, et j'ai eu l'occasion de m'assurer des circonstances suivantes : chez les personnes robustes le rectum se contracte très-vigoureusement; de là la constipation habituelle en bonne santé; l'ascension du lavement offre chez ces sujets beaucoup plus de difficultés que chez d'autres. Chez les personnes très-faibles, au contraire, le lavement marche avec une très-grande facilité par la raison opposée. Sur les personnes de constitution intermédiaire à ces deux extrêmes on rencontre une foule de variétés faciles à expliquer.

4° Les chirurgiens introduisent quelquefois un doigt dans le rectum dans le but de diriger la progression d'une sonde vésicale, ou bien de découvrir soit une fistule, soit la présence d'un calcul dans la vessie, soit un rétrécissement rectal, ou bien enfin pour s'assurer de l'état de la prostate, etc. Eh bien! il est d'expérience qu'il est excessivement rare que le doigt rencontre dans ces explorations de la matière, soit solide, soit liquide, dans le rectum. Il est également reconnu, tant par les pharmaciens que par les nourrices, que le bec de la seringue dont ils se servent, quelque long qu'il soit, est rarement retiré sali de matière fécale à l'occasion des lavemens. Ces circonstances prouvent que le rectum est constamment contracté et fermé de manière à empêcher toute communication libre entre sa cavité et celle de la portion sigmoïde du colon.

5° On n'a presque jamais vu des filamens membraneux traverser les flextuosités des intestins grêles, ni le cœcum, ni le colon; tandis que cela a été souvent observé dans le rectum. Ce fait démontre que les parois du rectum ont dû se contracter fortement, et que sa membrane muqueuse a dû se mettre en contact de toutes parts pendant un temps suffisant pour que les filamens membraneux aient pu s'organiser. Il a dû par conséquent aussi exister une interruption entre le rectum et la portion sigmoïde pendant quelques heures au moins.

6° Les deux muscles des sphincters de l'anus sont considérablement affaiblis dans la maladie appelée *prolapsus ani;* dans l'opération de la fistule à l'anus, ces muscles sont complétement divisés et par conséquent mis hors d'état d'agir comme sphincters pendant un certain temps; les ulcères vénériens et cancéreux détruisent quelquefois non-seulement les sphincters, mais encore une partie du rectum; néanmoins il est rare de voir l'incontinence des matières par suite de ces circonstances. Or, il est clair que cela n'aurait pas lieu si la communication entre le colon et le rectum était tout à fait libre, et si la faculté de retenir les matières dépendait de l'action des sphincters, ainsi qu'on le croit communément. D'ailleurs, tout le monde sait que M. Lisfranc a excisé plusieurs pouces du rectum, et que les malades ont guéri sans incontinence consécutive. Il en est de même des ablations rectales pratiquées par Faget, Mayo et Sterling, si l'on en excepte toutefois l'un des malades opérés par Faget; encore, dans ce cas, l'incontinence des fèces n'est survenue que par suite des abcès chroniques, qui avaient décollé le rectum du sacrum.

On a objecté cependant à ces raisonnemens et à ces faits l'incontinence que certaines femmes éprouvent à la suite de la rupture de la cloison recto-vaginale. Cette incontinence pourtant n'existe que pendant quelque temps; les malades peuvent facilement plus tard retenir les matières, hors quelques cas de dévoiement (Burns). Gardien lui-même, ajoute M. O'Beirne, n'avait pas une opinion différente à cet égard. Voici ses propres paroles : « On a vu des femmes, dit Gardien, rendant » involontairement les matières stercorales pendant » plusieurs mois, acquérir par suite la faculté de les » rendre à volonté. J'en ai connu plusieurs qui, après » avoir été sujettes a cette incommodité pendant quel- » que temps à la suite des couches, ont également guéri » à la longue, avec le seul désagrément de ne pouvoir » retenir les matières fécales dans le cas de dévoie- » ment. »

M. O'Beirne termine son travail par plusieurs observations détaillées de malades qui, malgré la rupture de la cloison recto-vaginale, pouvaient très-bien retenir et rendre à volonté les matières fécales, ce qui vient à l'appui des propositions qu'il a émises.

Leçons orales sur les hernies ; remarques pratiques sur les bandages herniaires ; par M, Kirby.

Si l'on veut bien refléchir, dit l'auteur de cet article, au mode d'action et aux effets des bandages herniaires, tels qu'on les faits de nos jours, et aux modifications que ces machines doivent subir suivant les indications particulières de chaque cas, on conviendra aisément que ce moyen, lorsqu'il est construit d'après les véritables principes de l'art, est bien préférable aux autres inventions que quelques personnes proclament tous les jours avec orgueuil pour la guérison des hernies.

On pose ordinairement un bandage en faisant coucher le malade. On trouve commode cette position parce que la hernie se réduit facilement. On applique la pelote devant l'anneau, et l'on fait ensuite tousser le sujet ; si rien ne reparaît, le bandage est parfait. Quant à nous, cette seule épreuve est loin de nous satisfaire complétement : nous avons pour pratique de le faire lever et tousser debout, marcher, courir, monter et descendre un escalier, se baisser de différentes manières, attacher ses souliers, etc. Ce n'est en effet, que dans ces différentes inclinaisons du tronc, répétées plusieurs fois, qu'on peut voir si la pelote ne se dérange point, et si le bandage est bien ou mal construit.

Si, pour remplir son but, le bandage doit être doué d'une grande force, quelques précautions sont nécessaires, car la peau s'altère. Il faut donc, en ce cas, faire souvent usage de lotions alcoolisées, d'eau alumineuse, d'eau de chaux seule, ou combinée avec une décoction de quinquina ; mais ce qui vaut mieux encore que tout ceci, c'est une légère solution de nitrate d'argent appliquée tous les jours. M. Lafond, habile bandagiste de Paris, se sert aussi, comme on sait, de ces substances, mais c'est dans le but d'obtenir la guérison radicale de la tumeur.

Lorsque la pelote devient trop glissante et trop molle avec le temps par l'effet de la sueur qu'elle absorbe, il faut la redoubler de peau de chamois, de vieille mousseline, de calico, ou bien d'une étoffe de soie à demi-usée. Le malade doit donc avoir deux bandages afin de pouvoir les échanger au besoin et les faire réhabiller par le bandagiste sans abandonner sa hernie à elle-même.

Le bandage doit être porté jour et nuit si l'on veut obtenir une guérison radicale : jamais la tumeur ne devrait rester un seul instant sans contention ; car, outre que la cure est impossible sans cela, la hernie peut s'étrangler plus facilement, que si elle n'eût jamais été contenue.

Pour obtenir la guérison radicale à l'aide du bandage, il faut en outre défendre certains exercices corporels, prescrire en même temps la diète et les laxatifs, et prévenir tout ce qui peut provoquer la tympanite.

Si le sujet est jeune, ou maigre, ou bien trop gras, il faut proportionner de temps en temps les dimensions du bandage à celles que le corps peut présenter par la suite. Lorsqu'il y a trop d'embonpoint, la pelote s'enfonce à la longue comme dans une sorte de chaton, par suite de la résorption de la graisse que sa présence provoque. Dans ce cas, on conçoit bien que le ressort doit perdre une partie de sa force primitive ; aussi faut-il y remédier en rendant la pelote plus épaisse, ou bien en remplissant autrement le chaton.

On conçoit cependant que dans le jeune âge toutes ces conditions ne sont que difficilement remplies pour longtemps. Si les jeunes gens s'y soumettent d'abord, un moment arrive où, soit par impatience, soit par d'autres raisons, ils s'en affranchissent et laissent le bandage de côté avant que la guérison soit complète. La hernie peut reparaître alors et être suivie d'accidens fâcheux. Le fait suivant mérite d'être rapporté.

Hernie crurale ; bubon syphilitique ; ulcération externe de l'intestin ; anus contre nature.

Un étudiant en médecine, âgé de vingt ans, me consulta pour une hernie crurale qu'il portait au côté gauche. Cette espèce de hernie est très-rare, comme on sait, à cet âge et dans le sexe mâle. Je lui prescrivis l'usage d'un bandage d'après les règles précédentes. Pendant trois ans, la tumeur fut parfaitement contenue. A cette époque, une affaire de mariage se présente, il quitte le bandage, mais le mariage enfin n'a pas lieu. Il reste sans bandage et contracte en attendant la vérole. Un bubon se déclare du côté de la hernie, mais celle-ci ne reparaît pas encore. L'abus du mercure et l'intempérance du malade donnent au foyer du bubon un caractère phagédénique. La hernie se montre alors de nouveau. L'ulcération syphilitique s'étend jusque sur la poche herniaire qu'elle perce et érose de même que les parties qu'elle contient. Un anus contre-nature en a été la conséquence : et bien qu'un traitement approprié ait plus tard amélioré la condition de ce jeune homme, il n'en est pas moins resté infirme pour le reste de sa vie, car il conserve encore trois fistules stercorales dont la puanteur le fait vivre dans un isolément presque complet.

Il ne faut pas pourtant se faire illusion sur la bonté des bandages. Le bandage le mieux fait quelquefois peut manquer son but à la longue, il peut laisser échapper une petite portion de hernie à l'occasion d'une toux, et provoquer des accidens qui se combinent à la dernière maladie, au point d'en imposer lorsqu'on n'est pas prévenu.

Hernie inguinale; bandage; toux passagère; symptômes d'étranglement ; enlèvement du bandage ; guérison.

Un homme très-âgé portait une double hernie, dont l'une ombilicale, l'autre scrotale. La première, bien que volumineuse, ne produisait aucune incommodité ; la seconde était parfaitement contenue par un bandage. Une toux très-intense s'étant subitement déclarée à l'occasion d'un rhume de poitrine, le malade a été saisi peu de temps après d'anxiété, vomissemens,

défaillances, douleurs dans les hanches et dans les cuisses, et crampes très-douloureuses aux jambes. On va en toute hâte m'appeler; je n'étais pas à la maison. On s'adresse donc à un aide d'un médecin qui, n'ayant pas connu la nature de la maladie, ordonne des remèdes inutiles. J'arrive en attendant auprès du malade, avant que rien n'ait été encore administré. J'examine l'état des choses, j'ôte le bandage qu'il portait toujours en place, et tous les symptômes se dissipent à l'instant même.

Il y a des hernies tellement volumineuses, qu'il est impossible de bien contenir, malgré les bandages les mieux imaginés. Ces personnes s'adressent souvent à certains bandagistes qui promettent beaucoup de merveilles. On leur donne donc un bandage; elles s'en servent tant bien que mal, et la tumeur est comprimée sans être contenue. On a vraiment de quoi s'étonner de la rareté des accidens qui résultent d'une pareille conduite, si propre à en provoquer. J'ai vu plusieurs fois des hernies volumineuses qui étaient comprimées fortement par des bandages très-puissans, et j'ai été étonné de la grande tolérance des intestins qui n'étaient même pas constipés. Je l'ai été davantage dans les cas où la hernie était irréductible.

Je ne pouvais pas me rendre compte de ce phénomène avant d'avoir observé que dans ces cas, la pelote qui semblait bien appliquée d'abord, se déplace par la suite; elle remonte petit à petit au-dessus de l'anneau franchi par les viscères, de sorte qu'elle devient inoffensive.

Lorsque la hernie est irréductible, je pense que la compression méthodique à l'aide d'une pelote creuse, peut être à la longue très-utile. La compression en effet, si elle est bien dirigée, prévient l'engouement, empêche jusqu'à un certain point les dépositions morbides de graisses, favorise l'absorption de la graisse préexistante, et permet quelquefois aussi à la longue la réduction de la tumeur.

Hernie crurale volumineuse et irréductible; compression.

Un homme est venu me consulter pour une hernie fémorale d'un volume extraordinaire : son volume égalait mes deux mains ouvertes jointes ensemble. Elle descendait jusque sur la cuisse, de manière qu'au premier coup d'œil je la pris pour un abcès du psoas. L'examen cependant m'éclaira de suite sur la véritable nature du mal. La tumeur était réductible en partie. A la difformité près, ce sujet ne se plaignait de rien. Je lui ai fait faire un bandage à pelote concave; l'intérieur de cette énorme pelote en contenait plusieurs autres plus petites qu'on laissait agir à volonté sur la tumeur à l'aide de plusieurs vis de pression. Au bout de trois mois la tumeur était considérablement diminuée, de manière que l'appareil n'avait plus de prise. Le sujet s'étant contenté de l'espèce d'amélioration qu'il venait d'éprouver, n'a pas voulu faire la dépense d'un second appareil pour compléter la cure. Aussi n'en ai-je plus entendu parler.

Je crois donc que même les hernies irréductibles sont guérissables à la longue lorsqu'on joint au bandage approprié le régime, la position et les purgatifs. Cette médication est, d'après mon expérience, beaucoup plus efficace que le public et les médecins eux-mêmes ne le pensent.

L'action trop forte d'un bandage enflamme quelquefois le sac et amène promptement la guérison radicale de la hernie.

Hernie scrotale; bandage; accidens inattendus; guérison.

Un homme âgé de 50 ans, très-corpulent, toussant habituellement et étant souvent constipé, vint me consulter pour une hernie scrotale qui venait d'acquérir un volume considérable. Il était sur le point de faire un voyage, et devait partir en poste le lendemain. Je lui procurai donc et appliquai un bandage de suite. A peine avait-il fait 80 milles, qu'il éprouva, après un dîner copieux, du malaise, puis de la douleur dans le scrotum, qui fit des progrès et devint intolérable vers minuit. Un compagnon de voyage qui était lui-même porteur d'une hernie, lui conseilla d'ôter le bandage et de le remplacer par une machine compressive *ad hoc* qu'il avait par hasard dans son porte-manteau.

La douleur persistant, le malade fut obligé d'interrompre son voyage et de s'aliter pendant trois semaines. Il présenta alors tous les symptômes d'une inflammation locale, dont il fut traité antiphlogistiquement et guéri au bout de ce temps.

L'ayant examiné après son retour, cette homme présentait une large callosité à l'endroit de la hernie. Quelques années après, l'ayant revu, la place de la hernie était occupée par une sorte de masse rugueuse au-dessous de l'anneau. La hernie n'était plus reparue. J'ai jugé cette masse formée par le sac herniaire oblitéré jusqu'au col.

Je ne prétends pas cependant établir en principe ce que le hasard seul a procuré, car c'est certainement un grand bonheur que l'inflammation chez ce malade ne se soit pas répandue au reste du péritoine. On peut néanmoins déduire de ce fait des conséquences utiles pour la pratique.

M. Kirby en parlant de l'oblitération des sacs herniaires, mentionne une variété particulière de hernie dont il conserve une très-belle préparation, et qu'il montre dans ses cours. Cette variété est, pensons-nous, la même que celle qui a été décrite par sir A. Cooper sous le nom de *hernie enkystée*. C'était une hernie scrotale. La pièce offre trois cavités distinctes : l'inférieure paraît formée par la vaginale testiculaire dilatée par une hydrocèle; le testicule se voit en arrière; la seconde est en haut et résulte d'une hernie communiquant avec la cavité péritonéale; la troisième est au milieu; elle touche le testicule et en est séparée par une cloison. Cette cavité contient la hernie que nous venons d'indiquer. La pièce dont il est ici question, a d'abord présenté quelque embarras pour rendre

compte de cette disposition. Un examen minutieux cependant a fait voir que la dernière cavité résultait d'un ancien sac herniaire qui s'était oblitéré supérieurement. La seconde hernie avec son son sac avait donc été reçue dans l'ancienne poche qui lui a servi de kyste.

On peut, en conséquence, déduire de cette observation qu'une hernie peut être radicalement guérie, et pourtant une seconde tumeur pareille peut se former au même endroit; ce qui n'est pas, à la rigueur, une récidive de l'ancienne tumeur.

Tel est l'extrait du travail intéressant de M. Kirby. Nous en avons offert les points les plus saillans et qui nous paraissaient mériter de fixer le plus l'attention des praticiens.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

Relation chirurgicale des événemens de juillet 1830, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou; par Hippolyte Larrey, chirurgien sous-aide-major, avec cette épigraphe: *Pateant certantibus campi; jàm corpora procumbunt humi truncata; membra latè dispersa sternuntur; manat undique cruor; salus una restat moribundis; vocant hominis amicum. Ecce chirurgus.* — 2e édition, précédée du rapport de Dupuytren à l'Institut. pp. 152 in-8°, Paris, chez Béchet, Bruxelles, chez J.-B. Tircher.

Cet ouvrage du fils de l'illustre Larrey, a été composé peu de temps après les événemens de juillet 1830; l'auteur a noté avec exactitude le nombre des blessés traités au Gros-Caillou, a recherché avec soin ce qui leur était survenu depuis leurs blessures, il a tenu compte jour par jour des plaies graves, des opérations qu'elles ont nécessitées et de leur terminaison. Il donne d'abord un tableau des blessés de juillet admis au Gros-Caillou; leur nombre total a été de 226, et le nombre total des morts a été de 20, c'est-à-dire d'un treizième. Ce succès, dit Dupuytren, est assez beau pour qu'on puisse l'avouer avec orgueil. De ces 226 blessés, 12 étaient venus des hôpitaux civils et 3 de maisons particulières; 231, furent guéris à l'hôpital. Des 20 morts, 4 avaient été apportés sans vie, 4 mourans, si bien que 12 seulement sont morts consécutivement.

M. Larrey passe ensuite à l'énumération des armes employées par les citoyens et les rappelle d'après les lésions qu'elles ont produites.

Les boulets de canon n'ont pas offert d'exemple de leurs effets meurtriers; la mitraille n'a pas fait beaucoup de ravages parmi les troupes, bien que des morceaux informes de fer, bois, plomb, etc., aient été extraits de plusieurs plaies.

Les balles de plomb de calibre et les plus petites appelées *chevrotines*, sont de tous les projectiles, ceux qui ont produit le plus grand nombre de blessures parmi les militaires. Il n'est pas vrai qu'il y ait eu des balles mâchées; cette assertion a également été démentie en Belgique à l'occasion des combats de la révolution; toutes les balles que l'on m'a montrées comme telles, étaient, comme le fait observer M. Larrey, des balles déformées, aplaties par des contre-coups ou des chocs sur des corps durs. Car, sans rappeler qu'il faudrait une force de mastication bien grande, pour denteler en quelque sorte des balles de plomb, il ne serait pas encore juste d'admettre qu'ainsi façonnées elles pussent causer plus de mal qu'arrondies. Il n'est pas vrai non plus que l'on ait employé à cet effet des instrumens compresseurs. Cette accusation formulée contre les Parisiens a également été portée ici contre les chefs hollandais; mais comment des balles devenues irrégulières par la compression auraient-elles pu se trouver ensuite de calibre?

La supposition des balles empoisonnées est tout aussi dénuée de fondement.

Ce qui est vrai, c'est qu'une infinité de balles de plomb d'un calibre trop fort pour les fusils de chasse, ont été réduites en lingots proportionnés. M. Hipp. Larrey n'a pas eu occasion de faire lui-même cette observation, mais on lui a garanti la certitude de ce fait. Au blocus de Maestricht, en 1830 et 1831, plusieurs volontaires du corps d'armée du général Mellinet devaient encore recourir à ce moyen pour se servir des armes dites *canardières* dont ils faisaient usage à défaut de fusils de munition.

Quant aux balles de cuivre dont on a aussi parlé, c'est là un fait tout aussi illusoire que celui des balles mâchées. Mais les billes des écoliers ont été employées à Paris comme au Caire (comme à Bruxelles) en guise de balles de plomb; et leurs effets ont été tels, d'après la remarque du grand Larrey, qu'elles ont déterminé des lésions proportionnellement plus graves que les balles ordinaires; on a aussi observé un grand nombre de plaies produites par des grains de plomb.

On sait que les projectiles lancés par la poudre à canon ne sont pas les seuls auxquels aient eu recours les Parisiens; les militaires redoutaient beaucoup la guerre des fenêtres d'où on leur lançait des meubles, des buches, des tuiles et surtout des pavés; la plupart de ces projectiles n'ont point porté coup et quelques soldats seulement en furent grièvement blessés. Les plaies d'armes blanches ont été moins funestes et moins communes, on a remarqué une plaie intestinale curieuse produite par une sonde en fer des commis aux barrières.

La plupart des coups de feu étaient tirés à bout portant, ou à très-petite distance; d'où il est résulté, d'après la remarque de M. Larrey père, des blessures plus dangereuses qu'à l'armée où l'on ne combat corps à corps qu'à l'arme blanche.

Le tableau descriptif adopté par M. Hipp. Larrey est celui de tous les ouvrages classiques; il rapporte les détails des observations dans l'ordre suivant : plaies de tête et du cou, plaies de la poitrine, plaies de l'abdomen et plaies des membres.

L'auteur a cru inutile de répéter les considérations générales de nos maîtres sur les plaies d'armes à feu; les écrits de Bell, Bilguer, Bordenave, Samuel Cooper, Delpech, Desault, Faure, Gama, Grœfe, Guthrie, Hunter, Hutchinson, Larrey, Ledran, Percy, A. Paré, Richerand, Roux, Richter, etc., les leçons de Dupuytren, fournissent des documens positifs pour fixer les bases d'une connaissance approfondie sur cette partie de la chirurgie. M. H. Larrey expose la méthode générale de traitement employée par son père, méthode

qui a pour elle une longue expérience des champs de bataille.

Larrey débride presque toutes les plaies d'armes à feu et spécialement celles qui constituent les cas suivans : 1° superficielles avec ecchymose ; 2° superficielles avec déchirure des tégumens ; 3° profondes sans complication primitive, mais qui pourraient développer des accidens inflammatoires ou nerveux ; 4° lésion des nerfs, telles que leurs déchirures, simples contusions, qui pourraient déterminer par extension des accidens funestes, tels que le tétanos ; 5° arrachement des tendons et des parties charnues, suivis d'engorgement inflammatoire, d'étranglement plus ou moins profond, symptômes nerveux, épanchemens purulens, infiltration sanguine, sphacèle ; 6° hémorrhagies primitives ou consécutives ; 7° plaies compliquées de fractures ; 8° corps étrangers, esquilles, etc. Dans ces derniers Larrey préfère le débridement aux tentatives prolongées d'extraction. Le tire-fonds, les tires-balles sont des instrumens dont l'emploi doit être restreint.

Le débridement pratiqué, les bords des plaies sont rapprochés et maintenus par des pansemens légèrement toniques et compressifs, afin d'une part, de rétablir le jeu de la circulation autour de la plaie, de faciliter la chute des escarres, dissiper les symptômes de commotion, et d'une autre part mettre obstacle à un gonflement consécutif et prévenir l'éréthisme local. Ce pansement a si bien réussi que peu d'accidens inflammatoires ont dû être combattus par les antiphlogistiques.

Larrey a observé que les sangsues augmentent la congestion sanguine. Leurs piqûres sont quelquefois tellement profondes qu'elles entament des artérioles ou des veines dont on arrête difficilement l'hémorrhagie ; que de petits foyers purulens se forment. En coupant des filets nerveux elles occasionnent des accidens attribués à d'autres causes. Larrey emploie de préférence les ventouses scarifiées.

L'appareil a été levé le plus tard possible. Dans les plaies compliquées de fracture, et dans les fractures sans complication, la méthode des appareils permanens ou inamovibles a été employée avec succès. Je ne parlerai pas ici des avantages connus de cette méthode ; il en sera parlé à l'occasion de la thèse de l'auteur sur ces appareils.

Je ne suivrai pas M. Hipp. Larrey dans tous les détails intéressans de son savant mémoire ; à la plupart de ses observations, toutes pleines d'intérêt, il a joint les moyens thérapeutiques le plus spécialement adoptés par son illustre père, et il rend compte des différentes amputations primitives ou consécutives. Il expose ensuite les différentes influences qui ont pu favoriser les heureux résultats obtenus au Gros-Caillou, chez la plupart des blessés. A cet effet, il passe en revue la situation topographique de l'hôpital, les salles de chirurgie, le service des infirmiers, les dispositions morales des blessés, la garantie de leur existence à venir, leur constitution physique, leur confiance et résignation, la gravité des blessures, les soins immédiats, les pansemens d'attente qui avaient presque toujours suffi pour arrêter les hémorrhagies et prévenir d'autres accidens primitifs.

C'est aux soins immédiats donnés aux blessés aussitôt après leur entrée à l'hôpital qu'il faut attribuer les influences les plus directes de guérison. La longue carrière militaire du baron Larrey lui avait rendus familiers tous les cas de plaies d'armes à feu qui se présentaient à lui. Sa méthode générale de traitement et notamment les avantages des débridemens et appareils inamovibles ; sa médication révulsive, dont il fait une application si heureuse aux blessures les plus dangereuses et souvent les plus désespérées ; enfin son discernement vrai dans la plupart des cas qui ont nécessité des amputations primitives, tel est en peu de mots le résumé des influences pratiques dues à la grande expérience de M. Larrey. Chaque blessé menacé de mourir a été placé à part dans un cabinet. Le grand maître de la chirurgie militaire les persuadait que là tous les soins possibles leur seraient plus facilement donnés, et qu'ils y reposeraient mieux loin du bruit. Ainsi il épargnait aux autres les souffrances de leurs camarades à l'agonie et le spectacle de leurs cadavres. Cette précaution est utile et sage. M. Hipp. Larrey termine en rendant justice au zèle et à l'empressement dont tout le personnel de l'hôpital a fait preuve, ainsi qu'à la coopération active des chirurgiens volontaires.

Je terminerai cette analyse imparfaite en recommandant cet ouvrage important aux chirurgiens militaires, qui y trouveront en résumé l'exposé de la théorie et de la pratique de Larrey dans des cas qu'ils peuvent être appelés chaque jour à traiter.

FLORENT CUNIER.

De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration ; ouvrage appuyé de documens statistiques puisés dans les archives de la préfecture de police, avec cartes et tableaux, par A.-J.-B. PARENT-DUCHATELET, membre du Conseil de salubrité de la ville de Paris, de l'Académie royale de médecine, de la Légion-d'Honneur, médecin de l'hôpital de la Pitié ; précédé d'une notice historique sur la vie et les ouvrages de l'auteur, par FR. LEURET. Paris, 1836, 2 vol. in-8°. (1)

Cet ouvrage remarquable, tant par le sujet et l'étendue que par la manière dont il est traité est le fruit de huit années d'études. Il était sur le point d'être mis sous presse quand son savant et trop regrettable auteur fut enlevé à la science et à ses amis, à l'âge de 45 ans. Pour l'entreprendre il fallait plus que du courage, il fallait le sentiment impérieux, irrésistible de faire le bien ; il fallait encore, comme le dit fort bien M. Leuret, la conscience de la pureté de ses principes et de la

(1) Une réimpression de cet ouvrage, en un beau volume grand in-8° est en vente à l'Établissement Encyclographique, au prix de 7 fr. 50 c. — L'édition de Paris coûte 16 fr.

sévérité de ses mœurs. Parent joignait à ces qualités une extrême précision dans les idées, une méthode claire et exacte, débarrassée d'erreurs.

Ce n'est pas sans bien des efforts sur lui-même qu'il se décida à terminer le travail qu'il avait entrepris et pour lequel il avait dû surmonter une foule d'obstacles. « J'ai trouvé, dit-il, dans la plupart des esprits, une défaveur particulière attachée aux fonctions de tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, s'occupent de prostituées; plusieurs personnes même *des plus éclairées*, scandalisées de voir que je me livrais à des recherches, suivant elles, si dégoûtantes, ne m'ont pas épargné sur cela les observations et les avis charitables ; mais en y réfléchissant, je n'ai pas pu comprendre cet excès de délicatesse et me rendre aux observations qui m'ont été faites. Si j'ai pu, sans scandaliser qui que ce soit, pénétrer dans les cloaques, manier les matières putrides, passer une partie de mon temps dans les voieries, et vivre en quelque sorte au milieu de tout ce que les réunions d'hommes renferment de plus abject et de plus dégoûtant, pourquoi rougirais-je d'aborder un cloaque d'une autre espèce (cloaque plus immonde, je l'avoue, que tous les autres), dans l'espoir fondé d'opérer quelque bien, en l'examinant sous toutes les faces qu'il peut offrir? En me livrant à des recherches sur les prostituées, serais-je donc nécessairement flétri par le contact de ces malheureuses ? Et, si de vénérables dames, qui, par leur naissance et leur position sociale, appartiennent à tout ce que nous avons de plus élevé, ne croient pas déroger, en venant de temps en temps, au milieu des prostituées, pour les instruire et les éclairer pendant qu'elles sont dans les prisons ou dans les infirmeries, que dois-je craindre, moi, simple particulier, en imitant leur conduite et en tâchant d'arriver au même but, bien que je suive une route différente de la leur ? » Et plus loin, il dit encore : « Quant à moi, qui crois voir les choses sous leur véritable aspect, et qui sait que la considération attachée aux travaux n'est pas toujours proportionnée aux services qu'ils rendent, ni aux difficultés qu'ils peuvent offrir, *je m'en remets au jugement des hommes sensés qui voient et apprécient les intentions, et tout en respectant les préjugés des autres, je déplore leur aveuglement.* »

C'est après avoir puisé largement dans les archives de la préfecture de police, où se trouvent des registres et des papiers d'une haute importance, après avoir étudié les prostituées dans la prison, dans l'hôpital, etc., après avoir recueilli des renseignemens des fonctionnaires chargés de la police des maisons de débauche, et de la bouche même des prostituées, c'est après s'être entouré de tous ces documens, que Parent-Duchâtelet a composé son livre. Avant d'entrer en matière, l'auteur définit les prostituées : « Ces débauchées d'un genre particulier, qui, *par un concours de circonstances*, et *par des habitudes scandaleuses hardiment et constamment publiques* forment cette classe particulière de la société, que l'administration doit suivre et surveiller avec le plus grand soin. »

Parent-Duchâtelet a divisé son travail en vingt-cinq chapitres ; dans le premier il traite successivement du nombre des prostituées reconnues et enregistrées exerçant leur métier dans la ville de Paris ; de l'indication des pays qui fournissent ces femmes, et dans quelle proportion chacun d'eux les envoie à Paris ; de la position sociale des familles qui fournissent ces femmes, leur état civil, les professions qu'elles exerçaient au moment de leur enregistrement, leur degré d'instruction, leur âge : et il examine quelle est la cause première de la prostitution. Les chapitres suivans sont consacrés aux questions ci-après : 1° Mœurs et habitudes des prostituées ; 2° considérations physiologiques sur les prostituées ; 3° de l'influence que peut avoir sur la santé générale des prostituées l'exercice de leur métier; 4° généralités sur les maisons publiques de prostitution ; 5° de l'inscription des prostituées sur les registres de l'administration ; 6° des prostituées dans les diverses positions où elles se trouvent; 7° de la prostitution clandestine ; 8° de la prostitution exercée dans certaines maisons garnies ; 9° de la prostitution favorisée par les débitans de vins, les rogomistes, les teneurs de cafés, d'estaminets, et autres petits débitans ; 10° du stationnement et du raccrochage sur la voie publique ; 11° manière dont les prostituées de Paris sont réparties dans les différens quartiers de la ville ; 12° les prostituées de Paris considérées dans leurs rapports avec la garnison ; 13° de la prostitution exercée hors des murs de Paris et dans les villages qui l'entourent ; 14° que deviennent les prostituées après avoir fait leur métier aussi longtemps qu'elles le peuvent, en d'autres termes quel est leur sort définitif? 15° des soins sanitaires donnés aux prostituées de Paris ; 16° des hôpitaux consacrés au traitement de la syphilis ; 17° des prisons consacrées à la répression des délits commis par les prostituées ; 18° de la taxe à laquelle les prostituées de Paris étaient autrefois assujetties; 19° questions de police administrative et sanitaire ; 20° considérations générales sur la position particulière des dames de maison et sur la légalité des punitions qu'on peut leur imposer ; 21° considérations générales sur la législation de filles publiques et sur la légalité des mesures adoptées en différens temps contre les désordres qui résultent de la prostitution ; 22° les prostituées sont-elles nécessaires? 23° L'administration peut-elle et doit-elle favoriser l'emploi des moyens préservateurs de la syphilis ; 24° des maisons de refuge ouvertes dans quelques endroits aux filles publiques, qui, touchées de repentir, renoncent à la prostitution.

L'énumération que nous venons de faire des différens chapitres montre l'étendue qu'embrasse ce travail et donne une idée de longues et pénibles recherches qu'il a coûté à l'auteur. Les nombreuses questions qui y sont traitées, leur complication, nous ont fait renoncer au projet que nous avions d'en faire l'analyse, qui aurait pris beaucoup trop d'extension pour l'espace accordé dans ce journal aux notices bibliographiques; il nous suffira de dire que ce nouvel ouvrage de Parent-Duchâtelet est précieux sous le rapport de l'hygiène publique et de l'administration ; les médecins, les administrateurs, le

liront avec un véritable intérêt et y trouveront les uns et les autres des enseignemens utiles et que l'on chercherait vainement ailleurs. Les détails statistiques qu'il renferme, basés sur la méthode numérique que l'auteur avait coutume de suivre dans ses recherches, sont extrêmement intéressans, car la vérité était pour Parent une seconde religion, et il lui fallait, pour arriver à une conclusion, des chiffres exacts recueillis un à un et pouvant se servir mutuellement de contrôle. Il en est de même des faits qu'il raconte et des raisonnemens qui en sont la conséquence. C'est à ces rares qualités que ce livre doit la vogue qui l'a accueillie dès sa publication. (M.)

Nauman, *Handbuch der medicinischen klinik*, band V, 642 pp., in-8°, Berlin, 1836. (Manuel de médecine clinique.)

Ce cinquième volume de cet ouvrage, dont le mérite va croissant, traite des maladies du foie, de la rate et des glandes abdominales. L'auteur s'étend avec une rare habileté sur la première classe de ces maladies et ne fait pas moins preuve de talent en jetant du jour sur ce qu'il y a de vague dans nos connaissances sur la nature des affections des deux autres classes.

F. C.

Klemmen, C. A. *de Iridoncosi. Dissertatio ophthalmologica.* Acced. tabula. Dresde, 1836, in-8°. — 4 chapitres, 73 pages.

Cette savante dissertation a déjà été traduite en Allemand et insérée en entier dans le journal d'Ammon. *Von Ammon* et *Klemmen*, son élève, entendent par *Iridoncosis* ou *Iridoncus* (du grec Ιρις et ὄγκος), cet état pathologique du parenchyme de l'iris caractérisé par l'accumulation d'une lymphe plastique (*plasticher lymphe*) entre les deux lames de cette membrane et la désorganisation de la texture de cette dernière à la suite d'inflammations.

Cet opuscule mérite de fixer l'attention des médecins qui cultivent l'ophthalmiatrie; nous en donnerons prochainement une analyse plus détaillée.

F. C.

Bruchstucke aus dem leben Joh. Gottlob Berstein's, *Drs, der arzneiwissenchaft und professors an der Universiteit zu Berlin*, herausgegeben von den sohne doct. Joh. Theod. Christiaan Berstein. Francfurt, a. M., 1836. 88 pages in-8°. (*Fragmens sur la vie de J.-G. Berstein*, publiés par son fils, le doct. J.-T.-C. Berstein.)

Un brave et honnête homme qui a commencé par être barbier et a fini par devenir professeur de chirurgie (*sub sole nil novi*) donne ici une courte esquisse de sa vie, qui fut toujours un modèle de sobriété. Berstein a beaucoup contribué, vers la fin du siècle dernier, à la culture de la chirurgie en Allemagne, il a rempli la tâche que lui imposait sa position; mais son nom n'est pas d'assez grand poids pour passer à la postérité et il n'y avait que la piété filiale qui put le croire digne de l'honneur d'une biographie. F. C.

Ueber die Wechselfieber in Algier; von Ludwig Herman, Dr der medecin, K. Griech. Bataillonsarzte, u. s. w. Frankfurt, 1836, 8, 48 s. (De la fièvre intermittente à Alger.)

Cet opuscule d'un jeune disciple de Schonlein, tout incomplet qu'il est, n'en contient pas moins quelques données intéressantes à joindre à la monographie des fièvres intermittentes.

Il considère comme une aberration de la fièvre européenne la complication fréquente des intermittentes avec d'importantes inflammations des viscères abdominaux; de sorte que (*nolens volens*) le traitement indiqué par M. Broussais a dû être mis en usage par des médecins allemands. Un jour ou l'autre un médecin expérimenté aura occasion d'observer ces affections dans la régence d'Alger et nous apprendra quelque chose de plus fondé là-dessus. Nous mettrons toutefois sous les yeux du lecteur la description que l'auteur donne de l'influence du *Sirocco* : « Moi-même, dit M. Herman, j'ai plusieurs fois ressenti son influence fâcheuse. Sans être malade, on éprouve pendant toute la journée qui précède son apparition, une grande faiblesse, de l'anxiété, la poitrine est oppressée, on ressent des maux de tête, des vertiges. Pendant qu'il règne, le ciel est couvert de nuages grisâtres (ce qui en été, est très-extraordinaire dans ces contrées). Cet enfant du désert arrive enveloppé d'un nuage épais de poussière, l'atmosphère est comme en ignition, et prend alors le nom d'*atmosphœra palpabilis*, parce que l'air est tellement épais qu'on croit pouvoir le saisir avec la main. La poussière qu'il traîne avec lui couvre les habits, entre par la bouche, le nez, les oreilles. Il semble que l'on respire du feu, la langue est sèche et reste attachée au palais, on est tourmenté par une soif ardente et insatiable, l'appétit est perdu, le pouls devient dur, plein, accéléré, on éprouve le sentiment d'une cuisson interne, il semble que des vagues de feu s'agitent dans les vaisseaux. Des torrens de sueur chaude et visqueuse parcourent le corps, la tête est lourde, on cherche son lit en chancelant, et le sommeil vous fuit. Le sirocco exerce donc une double action sur l'économie; une action déprimante (*deprimirende*) sur le système nerveux, et une action excitante sur le système sanguin. Le sirocco agit de même sur les animaux. Les animaux domestiques, les chevaux, les chiens, les chats sont tristes, abattus, se roulent sur la terre, ne mangent pas. Les insectes qui fatiguent tant dans ces contrées, deviennent plus gênans, piquent davantage, alors. Pendant que le sirocco

soufflait, les hommes affectés de fièvre intermittente mouraient en assez grand nombre. »

La description donnée par M. Hermann est moins incomplète que celle qui se trouve consignée dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, année 1752 : « La respiration est gênée pendant qu'il souffle, les vaisseaux se gonflent, la transpiration est excessive ; et s'il règne longtemps on se sent bientôt accablé de lassitudes extrêmes, la tête s'apesantit, et éprouve quelquefois des nuances de vertige. »

La dissertation de M. Hermann est très-incomplète ainsi que nous l'avons déjà dit ; mais on ne peut s'empêcher de reconnaître que ce médecin a fait preuve de connaissances en traitant, d'après la médecine physiologique, une importante question d'hygiène mise autrefois au concours par l'Académie de Stockholm (*Mémoires* de cette Académie). « Quelque soit l'ordre de choses dans lequel un homme est placé, si cet ordre est toujours le même, cet homme s'y habitue, ses fonctions se disposent en conséquence des influences dont elles éprouvent l'action. » C'est ainsi que les contrées les plus insalubres pour les voyageurs ne le sont pas sensiblement pour les hommes y acclimatés ; pour ces derniers, il n'y a de nuisibles que les températures excessives, que les vicissitudes de température (Hipp., sect. III, aph. 1). Les vents doivent être mis au nombre des principales causes des maladies épidémiques, puisqu'ils contribuent le plus souvent à faire varier la constitution de l'air ; il est à regretter qu'en parlant des vicissitudes de température, l'auteur n'ait pas considéré la température qui cesse, celle qui succède et le changement plus ou moins rapide par lequel l'une succède à l'autre.

F. C.

Die Bader Zu Gastein. *Ein monographischer versuch von* Burkard Eble, Doctor der medicin und chirurgie, Magister der Augenheilkunde und der geburtshülfe, K. K. Regimentsfeldarzte, Bibliothecar u. erstem aufseher der Schüler des niedern Lehrcursus an der med.-chirurgischen Josephs-Akademie, etc., etc. (*Les Bains de Gastein*). Vienne, 1835, chez *Léopold Grund*.

Voici un nouvel ouvrage de l'auteur du traité sur la *structure et les maladies de la* conjonctive. Nous regrettons beaucoup que cet ouvrage ne soit pas entre nos mains, surtout après tout le bien qu'en a dit le docteur Franke de Leipsick, qui en a rendu compte dans le *Schmidt's Jahrbucher*, (Band X, heft 1, seite 107. Jahrg. 1836).

Nous donnerons toutefois l'analyse des eaux de Gastein, telle que nous la trouvons dans le n° 10, Band III, heft 2, *Clarus und Radius 's Beiträge zur Praktischen heilkunde*.

16 onces de la source principale des bains non fréquentés, contiennent, d'après Minding :

Sulphas kalicus.	gran.	0,055
— natricus.		1,495
Murias »		0,340
Carbonas calcicus.		0,397
— magnesicus.		0,035
— ferricus.		0,022
Aluminia		0,050
Silicia.		0,202
Mangan.		atomes.
Stront.		atomes.
Phosphas calicus		atomes.
Glairine.		atomes.
Sels secs—gran.		2596.

Après cela, 1000 grains d'eau de Gastein, contiennent d'après :

	Tromsdorf.	*Berzelius.*	*Solttman.*
Sulphas natricus.	0,2517	0,1866	0,1947
— kalicus.			0,0072
— calcicus.	0,034		
Chloretum natrii.	0,0868	0,0369	0,0443
— kalii.		0,0183	
— calcii.	0,0434		
Carbonas natricus.	0,0260	0,0083	
— calcicus.	0,0434	0,0442	0,0517
— magnesicus.			0,045
— ferricus.			0,0029
Silicia.		0,0433	0,0263
Aluminia.			0,0065
Magnesia.		0,0013	
Oxydum mangan.		0,0018	atomes.
— ferri.		0,0063	
Sulphuretum natrii.		0,0038	
Fluoras calcicus.		atomes	
Phosphas »			atomes.
— aluminicus.		atomes.	
Strontianum.			atomes.
Gelatina kermalis (Glarine).			atomes.
Quant. restant. (non analys.)	0,0043		
Total.	0,4860	0,3508	0,3381

Handwörterbuch der Gesammte Chirurgie und Augenheilkunde ; von doctor Ernst Blasius, O. Professor der chirurgie in Halle. — Ersten Bandes erste hälfte. — (Dictionnaire de chirurgie et d'ophthalmiatrie). — Berlin, chez Th. Chr. Fried. Enslin. — Bruxelles, Mayer et Somerhausen. (1re livraison. — *Abaptiston. — Blennorrhœa intestini recti*).

Cet ouvrage formera quatre volumes en huit livraisons. Nous avons sous les yeux la première partie du 1er volume de ce dictionnaire que publie le savant professeur Blasius ; cet ouvrage sera surtout recherché par tous ceux qui s'adonnent spécialement à la chirurgie oculaire. Que de données précieuses ne trouveront-ils pas au mot *Amaurose ?* M. Blasius a décrit avec le plus grand soin sa *symptomatologie*, et son *Decursus*, son *diagnostic ;* les causes et la nature de cette affection. Il divise l'amaurose, selon son siége : 1° en *Amaurose optique* lorsque le nerf optique est affecté ; 2° en *Amau-*

rose ciliaire, due à une affection du système nerveux ciliaire; et 3° en *Amaurose cérébrale*. Si la maladie a son siége dans la partie du cerveau où les nerfs optiques prennent naissance. Cette distinction est justifiée par les observations de Walther (*Ueber die krankheiten der ciliarnerven systems, in s. und von Grœfe 's Journal*, Band III, Heft 1), de *Schreiber*, (Dissert. de morbis choroïdeæ, Marburg, 1824), de *Beer*, etc. Blasius s'étend beaucoup plus sur les causes de cette maladie et partant sur ses subdivisions qu'on ne l'a fait, en général, avant lui. On trouve toutefois de grands rapprochemens à faire entre cette partie de son article Amaurose et celle du traité de M. Stœber. Il s'étend ensuite sur le *pronostic* et il a consigné au *traitement* une foule de données et d'observations de la plus haute importance. Nous ne parlerons pas des articles *Amblyopia, Anchilops, Ancyloblepharon, Atonia Sacci lacrymalis, Atrophia oculi*, également sortis de la plume de Blasius.

Les articles de chirurgie y sont traités avec un talent transcendant : il nous suffira pour le prouver de citer avec les articles, les noms de leurs auteurs : *arthritis*, par *Rosenbaum; Anevrysma*, par *Blasius; Asphyxia*, par *Rosenbaum; Abscissio uvulæ*, de *Seeman; Abscissio labiorum pudendi, tonsillarum*, du même; *Blennorrhœa* d'*Ebermaier*. Ces noms sont un sûr garant du mérite du dictionnaire de Blasius. L'article *Amputatio artuum*, qui est le plus important et le plus savamment traité de tous ceux contenus dans la première livraison, est du célèbre Richter. F. C.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

—

Burkhard Eble, Versuch einer pragmatische geschichte der anatomie und physiologie, von jahre 1800-1825. (Recherches sur l'histoire pragmatique de l'anatomie et de la physiologie, de 1800 à 1825), in-8°, 355 p. Vienne, 1836, chez C. Gérold. — Cet ouvrage se trouve à la librairie de Mayer et Somerhausen, où l'on peut se procurer tous les ouvrages de médecine allemands.

Eisenmann, *Die prüfung der homœopathie* (L'épreuve de l'homœopathie; ouvrage à la portée de tout le monde). Erlangen, 1836.

Krause, *Handbuch der menslichen anatomie* (Manuel de l'anatomie de l'homme). Hannover, 1836.

Pleit, *Die mineralquellen zu Tharand* (Des eaux minérales de Tharand). Dresde, 1836, Ch. Arnold.

G.-F. Most, *Encyclopädie der medicinischen praxis* (Encyclopédie de la pratique médicale), grand in-8°. Leipsick, 1836.

Hergt, *Die schwefelquellen in Langenbrucken* (Eaux sulfureuses de Langenbrucken). in-8°, Heidelberg, 1836.

Froriep, *Notizen*, u. s. w. 49r band, in-4° (Notices, etc. 49e vol.) Berlin, 1836.

Hufeland, *Enchyridion medicum, oder Anleitung zur medicinische praxis* (Enchyridion medicum, ou introduction à la pratique de la médecine). Berlin, chez Jonas Verlasgh, 1836, in-8°.

Kuttner, Medicinische Phänomälogie, 1r band (Phénomonologie médicale), 1er vol. Leipsick, 1836.

Stromeyer, *Ueber paralysie der inspirations-muskeln* (De la paralysie des muscles servant à l'inspiration). Berlin, 1836.

Nicolaï, *Grundriss der sanitäts-polizei* (Aperçu de la police sanitaire). Jena, 1836.

Seerig, *Armamentarium chirurgicum, oder sammlung chirurgische instrumenten* (Collection d'instrumens de chirurgie). 12 livraisons in-folio avec texte. Bruxelles, Mayer et Somerhausen, 1836. 120 fr.

Wagner, *Medicinisch-practische abhandlung über die asiat. cholera* (Essai de médecine pratique sur le choléra), 2e édition, 1836. Bruxelles, Mayer et Somerhausen. 2 fr. 75

Rusch, *Grœfe, Hufeland, Link, Müller; Encyclopädisch wörterbuch der medicinischen wissenchaften* (Dict. encyclopédique des sciences médicales), 14me volume. — On souscrit à Bruxelles, chez Mayer et Somerhausen.

Unna, *De tunicâ humoris aquei commentatio anatomico-physiologica et pathologica, a gratioso medicorum ordine in literarum universitate heidelbergensi prœmio ornata*. C. II, tab. in lap. incis. 8°, 146 p.—Heidelberg, 1836, chez Mohr. (20 gros).

Severi, *Jatrophistæ de clysteribus liber. Ad fidem codicis manuscripti unici Florentini primum græcè edidit Dietz*, in-8°, 48 p. — Regimontii, Prussorum, 1836.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

—

Séance du 5 *septembre* 1836.

Structure des dents. — La correspondance fournit une lettre de M. Retzius de Stockolm, dont les recherches, longues et minutieuses sur la structure des dents, l'ont amené à publier les résultats suivans :

« J'ai trouvé, dit-il, que la substance osseuse consiste principalement en fibres ondulées et en tuyaux cylindriques creux, qui commencent de la cavité de la pulpe, et se rendent en rayonnant à la surface. J'ai trouvé qu'ils se ramifient presque régulièrement en s'amincissant, sans entrer en aucune communication entre eux. Sous le microscope, ils ressemblent à des vaisseaux remplis d'une substance blanche, et on les trouve presque égaux dans les dents de tous les vertébrés. Depuis cette découverte, j'ai reconnu que Leuwenhoeck a constaté une structure à peu près indentique, quoique personne n'ait paru y faire attention. »

M. Purkinje de Breslaw, s'était occupé en même temps que M. Retzius des mêmes choses que l'anatomiste de Stockolm, sans qu'il y ait eu entre eux aucune communication.

M. Retzius appuye ses communications verbales par la présentation à l'Académie de deux préparations de dents humaines, offrant deux sections : l'une verticale, l'autre transversale, faites au milieu de la couronne.

« M. Purkinje et moi, ajoute-t-il, nous avons retrouvé la substance corticale de Tenon, entourant la racine des dents humaines. Nous avons aussi trouvé que cette substance corticale ressemble beaucoup à la surface des os, quoiqu'elle offre beaucoup de différences sous plusieurs rapports. Elle manque de vaisseaux sanguins, de même que des organes de la moelle, des tubes cylindriques, et des canaux rayonnés. Elle possède, de même que les os, les petites cavités avec canaux ondulés. »

Séance du 12.

Lithotritie. — M. Bouchon adresse un instrument lithotriteur de son invention, composé 1° d'une canule extérieure; 2° d'une canule-pince à trois branches, d'une forme particulière; 3° d'un perforateur à développement d'un nouveau modèle; 4° d'une manivelle pour mettre ce dernier en mouvement; 5° d'un mandrin à poignée, destiné à écraser par percussion les calculs d'un petit volume. (Renvoyé à l'examen de MM. Larrey et Roux.)

Moyen d'empêcher l'introduction de l'air dans les veines pendant certaines opérations chirurgicales. — Le docteur Lafargue, pour obvier aux accidens que peut amener l'introduction de l'air dans les veines, accidens que l'on a vus même quelquefois suivis de mort, propose à l'Académie un moyen de s'opposer à cette introduction de l'air dans les veines pendant l'opération de la saignée de la jugulaire, et pendant l'extirpation de certaines tumeurs, situées au cou, à la partie supérieure et postérieure des épaules, et à la région mammaire. Ce moyen consiste à opérer sous l'eau, en plongeant par exemple le malade dans un bain. Le mélange d'eau avec le sang, qui pourrait survenir dans une inspiration profonde, n'est de nature à produire aucun accident.

Renversement des objets sur la rétine dans l'acte de la vision. — M. Capitaine lit une note sur un moyen facile de constater sur soi-même le renversement de l'image produite dans la rétine. — Bien que ce renversement paraisse à l'auteur une vérité acquise dans la science, il donne le moyen de s'en convaincre par des observations sur soi-même. « Il suffit, dit-il, d'appliquer légèrement l'extrémité d'un de ses doigts, ou mieux le bout arrondi d'un corps cylindrique de plus petit diamètre, sur un point quelconque de la sclérotique recouverte, ou non, par les paupières. Aussitôt on voit apparaître une tache précisément dans une direction opposée à la partie de l'œil que l'on comprime. Si l'on fait voyager l'objet comprimant, la tache se déplace en même temps et en sens toujours inverse. Sans aucun doute, cette tache doit sa production à la pression transmise par la sclérotique à la rétine qui la tapisse médiatement en dedans jusqu'au cercle ciliaire. La tache est vue à l'endroit même où serait vu un objet éclairé, dont la lumière tomberait sur la partie de la rétine qui éprouve l'influence de la pression extérieure. »

Dissémination de la vaccine inoculée sur plusieurs points du corps. — M. Bernard lit une note sur la nécessité d'inoculer la vaccine en plusieurs points du corps à la fois. Les observations qu'il a recueillies, dans une épidémie de variole, de sujets chez lesquels l'effet de l'inoculation du virus-vaccin se bornait sur le membre où il avait été appliqué, ou sur une partie du corps seulement, le reste du corps étant apte à recevoir une nouvelle vaccine, l'ont conduit à admettre que la vaccine, pour offrir un préservatif assuré contre la petite vérole, doit non-seulement être pratiquée sur les deux bras, mais disséminée sur divers points du corps, de manière à obtenir huit ou dix pustules.

Séance du 19.

Mort de M. de Jussieu. — Le président annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire

dans la personne d'un de ses plus honorables membres, M. de Jussieu, décédé à Paris le 15 septembre 1836, âgé de 88 ans.

Infusoires du pus syphilitique. — M. Donné adresse la lettre suivante, contenant la suite de ses recherches sur la matière des sécrétions et des divers écoulemens que produisent les organes génitaux chez l'homme et chez la femme, soit dans l'état normal, soit dans l'état morbide.

« Le pus sécrété autour du gland, affecté d'ulcérations ou de simple balanite, est le seul qui m'a présenté au microscope des animalcules vivans, qui ne sont autres que le *vibrio lineola* de Müller. Le pus sécrété sur tout autre point du corps ne m'a rien offert de semblable jusqu'à présent. Du pus pris sur un des chancres mentionnés, et qui contenait des vibrions, ayant été inoculé, produisit une pustule. Le liquide qui en fut retiré, examiné au microscope, présenta une grande quantité des mêmes vibrions.

Il n'existe pas non plus de ces animalcules chez la femme dans le mucus vaginal à l'état normal; mais dans la vaginite, la matière de l'écoulement présente non-seulement des vibrions, mais un animalcule particulier d'une grosseur notable, et d'une forme que l'on ne remarque chez aucune autre espèce d'infusoires connue. Son corps est rond, mais il s'allonge et prend diverses formes. Il est muni à sa partie antérieure d'une espèce de trompe excessivement ténue qu'il agite en tous sens avec rapidité, il porte en outre, sur l'un des côtés au-dessous de cette trompe, plusieurs cils également très-fins et doués d'un certain mouvement de rotation. La partie postérieure du corps se termine par quelques appendices de forme indéterminée. Ces animalcules paraissent marcher à la manière des sangsues et se fixer comme elles, par le moyen d'une espèce de ventouse; mais ils se déplacent rarement, et souvent ils sont réunis par groupes, en se tenant ensemble par leur partie postérieure. »

Après ces détails circonstanciés, M. Donné se demande à lui-même, si l'existence de ces animalcules est liée à la nature de la maladie et à la spécialité de l'écoulement? Cette question, impossible à résoudre dans l'état actuel de la science, ne pourra être décidée que par des observations nombreuses et des recherches ultérieures.

Caractère différentiel des serpens venimeux et non-venimeux.—M. E. Rousseau, chef des travaux anatomiques du Muséum d'histoire naturelle, assigne aux serpens un signe extérieur, au moyen duquel les vipères peuvent être facilement distinguées des serpens non-venimeux : ce caractère c'est que l'œil de la vipère éminemment venimeuse a son iris d'un rouge plus ou moins doré, contractile à une lumière plus ou moins intense, et qui agit comme un rideau que l'on met en action : si l'on présente cet animal aux rayons du soleil, on voit sa pupille, qui est noire et ronde dans l'obscurité, devenir linéaire et verticale comme celle des chats, tandis que l'ouverture des serpens non-venimeux, comme par exemple celle des couleuvres, est beaucoup moins contractile et laisse voir une prunelle ronde. M. Rousseau est le premier qui ait fait observer ce caractère différentiel.

Ether citrique.—Le résultat auquel M. Malaguti est arrivé par l'analyse de l'éther mucique (dont nous avons donné les détails et la formule dans le dernier cahier) lui a fait penser que l'analyse des éthers du troisième genre, à acides fixes, pourrait servir à constater la formule réelle de l'acide dont ils sont composés, formule qui leur a été assignée généralement par suite de leurs combinaisons avec les oxydes métalliques. L'auteur conclut, d'expériences rapportées dans son travail, que la formule, admise depuis longtemps pour l'acide citrique, doit être conservée et représentée par $C^8 H^4 O^4$, en rejetant celle qui a été plus récemment donnée.

Le même présente une note additionnelle à un précédent mémoire sur l'acide mucique.

Plâtre coulé dans le traitement des pieds-bots. — M. J. Guérin adresse une lettre sur l'emploi du plâtre coulé dans le traitement des pieds-bots. Aux faits qu'il a déjà communiqués à l'Académie sur ce moyen thérapeutique, il ajoute l'observation d'un jeune homme de douze ans, ayant un pied varus équin très-prononcé, et qui a été ramené et maintenu dans sa position normale par cinq applications de plâtre coulé, renouvelées à huit jours de distance; jusqu'ici, M. J. Guérin n'avait employé ce moyen que sur des enfans très-jeunes.

Séance du 26.

Effets de l'inoculation de la morphine.—M. le docteur Lafargue communique quelques observations sur l'inoculation de la morphine et de ses sels, sous l'épiderme; immédiatement après l'inoculation, se montre une petite papule qui s'accroît progressivement, accompagnée de chaleur, d'une auréole rouge et de prurit; pendant la première heure, cette papule atteint son apogée de développement, diminue progressivement et disparaît totalement entre douze et vingt-quatre heures.

Outre ces symptômes locaux, l'inoculation de la morphine exerce une influence générale sur l'économie. L'auteur, à ce sujet, cite une observation faite sur lui-même pour laisser parler les faits. Il s'est pratiqué treize piqûres à l'avant-bras. Après une heure et demie, il fut saisi d'une pesanteur de tête bien caractérisée, de baîllemens fréquens, de propension invincible au sommeil; sa langue devint pâteuse. Cependant, dit-il, j'avais seulement employé tout au plus un quart de grain d'hydrochlorate de morphine. Que serait-il donc arrivé s'il avait doublé ou quadruplé la substance inoculée?

Des phénomènes analogues se reproduisent par l'inoculation de l'opium brut, de ses préparations ou de ses principes immédiats. (Renvoyé à MM. Serres et Magendie.)

M. J. Dujardin fait connaître le résultat de ses observations microscopiques sur la structure des dents, infirmant une partie de ce qui a été communiqué dans la séance du 5, au nom de M. Retzius de Stockolm, sur le même sujet.

(*Extrait de la Revue Médicale.*)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 *septembre* 1836.

Présidence de M. Louyer-Villermay.

Correspondance officielle.

1° Tableau des vaccinations de l'Ain.

2° Tableau des vaccinations opérées dans l'hospice de la Charité de Lyon.

3° Supplément aux vaccinations du Bas-Rhin.

4° Lettre de M. le ministre du commerce, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Bourbier sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans la commune de Parpeville.

5° Lettre du même au même, avec envoi d'une nouvelle note de M. Détay, pharmacien à Pau, sur la préparation des pastilles composées avec les principes extraits des eaux-bonnes.

Correspondance manuscrite.

1° Mémoire sur la transformation des positions occipito-antérieures de l'une en l'autre, par le docteur Villeneuve, professeur d'accouchement à l'hospice de la Maternité de Marseille.

2° Étranglement interne, suite de couches, pris pour une péritonite puerpérale ; par M. le docteur Mondat, professeur d'accouchement au Mans.

3° Lettre de M. le docteur Colombot à M. le préfet de la Haute-Marne, sur les obstacles aux progrès de la vaccine dans le département.

4° Lettre de M. Tavernier : annonce la présentation d'une difformité du rachis qui lui paraît propre à répandre quelques lumières sur plusieurs questions naguère agitées au sein de l'Académie.

5° Lettre de M. Bayle : prie l'Académie d'inscrire son nom parmi les candidats à la place vacante dans le sein de l'Académie, et donne les titres dont il appuie sa candidature.

— M. le président propose la nomination d'une commission chargée de prononcer sur la convenance de placer le buste de Laënnec dans la salle des séances de l'Académie. Cette commission sera composée de MM. Récamier, Chomel, Louis, Andral et Husson.

— D'après l'ordonnance du 18 octobre 1829, il faut trois extinctions pour donner lieu à une nomination. Lorsque les membres décédés appartiennent à des sections différentes, on forme une commission composée d'autant de membres qu'il y a de sections, pour savoir qu'elle est celle des sections dont il convient de réparer la perte. La commission nommée dans l'avant-dernière séance propose aujourd'hui, par l'organe de M. Husson, d'effectuer dans la section de pathologie interne le remplacement amené par la mort de MM. Jacquemin, Evrat et Bourdois de Lamotte. L'Académie adopte.

— M. le président annonce que la commission désignée dans l'avant-dernière séance pour préparer l'élection de quelques correspondans nationaux, s'est réunie le 17 de ce mois. En relisant la partie du réglement relative aux élections, elle a vu que nul ne pouvait obtenir un titre quelconque dans l'Académie, s'il n'en a fait la demande expresse. En conséquence, elle invite ceux des membres de la compagnie qui connaissent des savans qui prétendent au titre de correspondant, de vouloir bien les prévenir d'une formalité qu'ils ignorent peut-être, et sur laquelle la commission ne saurait passer. Pour donner aux demandes le temps d'arriver, la commission s'est ajournée au 15 du mois prochain.

Anatomie du bas-ventre. — Lecture du docteur Thomson.

M. le docteur Thomson reprend la lecture dont nous avons donné l'extrait dans le précédent numéro. En attendant le rapport dont ce travail sera l'objet, nous nous bornerons à donner textuellement les principales propositions de l'auteur.

Le soi-disant muscle droit ne mérite pas le nom de muscle distinct, sauf pour des considérations d'anatomie topographique, puisque ses fibres sont des continuations des fibres des muscles plats du ventre, et du muscle grand pectoral.

Les intersections tendineuses des muscles droits résultent de l'entrelacement tendineux des fibres aponévrotiques des muscles plats de l'abdomen, dans les endroits où ces fibres se detournent pour redevenir charnues, et constituer la masse dite muscle droit de l'abdomen.

Les muscles de l'abdomen, les muscles grand oblique, petit oblique, transverse et muscle droit, et les aponévroses intermusculaires, et le fascia transversalis en grande partie ne font qu'un seul muscle à plusieurs ventres charnus et aponévrotiques.

Les muscles de l'abdomen, dans leurs parties aponévrotiques, constituent une véritable toile ourdie, dans laquelle les fibres ne sont pas arrangées si méthodiquement que dans la toile que nous fabriquons, mais produisent une force de résistance entièrement semblable.

L'arrangement de ces muscles est admirablement propre à s'opposer à des éventrations et à des hernies dans tous les endroits.

Les fibres aponévrotiques sont le véritable squelette de la fibre musculaire.

La partie charnue d'une fibre musculaire est une infiltration locale de la fibre tendineuse, selon les besoins physiologiques de l'animal ; infiltration de fibrine et la matière colorante du sang.

L'infiltation de fibrine, dans une ou plusieurs parties de la fibre tendineuse, dépend du plus ou moins de pression ou de tension de la fibre, selon le besoin physiologique ou pathologique de l'espèce, ou selon les besoins physiologiques de la race.

La pression ou la tension qui empêche l'infiltration de la fibre tendineuse par la fibrine et la partie colorante du sang, proviennent, soit de la torsion de la masse des fibres autour d'un axe commun, soit d'un tiraillement

pathologique, soit d'un entrelacement souvent répété des fibres les unes avec les autres.

L'infiltration pathologique ou physiologique de la fibrine qui tend à convertir une fibre tendineuse en fibre charnue, est toujours accompagnée, sinon précédée, d'une augmentation de volume des nerfs qui se perdent dans les fibres aponévrotiques.

Métrorrhée séreuse, ou perte des fausses eaux; par M. Chassinat. Rapport de M. Moreau.

1° La métrorrhée séreuse survenant à une époque variable de la grossesse, est une maladie sur l'existence de laquelle on ne peut élever de doutes.

2° Dans l'immense majorité des cas, le liquide qui constitue l'écoulement est sécrété entre la surface interne de l'utérus et les enveloppes du fœtus, après décollement de ces mêmes enveloppes. Cela a toujours lieu quand le flux est abondant et répété plusieurs fois.

3° Les causes qui semblent favoriser cette sécrétion morbide sont la polyhémie générale ou une irritation de l'utérus, survenue assez souvent après une violence extérieure.

4° Le signe pathognomonique de la maladie est la sortie par la vulve d'un liquide ordinairement limpide et ténu, de couleur citrine, accompagnée ou non de contractions douloureuses de l'utérus.

5° Il n'existe aucune lésion anatomique qui soit propre à cette maladie.

6° En général le flux séreux utérin n'est dangereux ni pour la mère, ni pour l'enfant. La grossesse arrive à son terme normal; la poche des eaux se forme, et le liquide amniotique est abondant comme à l'ordinaire.

7° Quant au traitement, le plus souvent il n'y a rien à faire; seulement, quand la pléthore est trop considérable, on peut la diminuer en tirant du sang et en empêchant d'en faire. Dans tous les cas, la marche de la grossesse doit être abandonnée à elle-même, et l'accouchement livré aux seuls efforts de la nature, à moins de complication grave.

Le travail de parturition n'est ni plus long, ni plus laborieux.

Modification dans le procédé de réduction de la luxation de la mâchoire inférieure. Lecture de M. E. Bernard.

Un homme d'environ cinquante-cinq ans se luxe la mâchoire en bâillant. Aussitôt un médecin est appelé, et tente en vain de remettre l'os déplacé. Le lendemain, cet homme entre à l'hôpital : nouvelle tentative, nouvel insuccès. On essaie de dompter la résistance musculaire par des saignées, et l'on appelle M. Bernard, qui d'abord n'est pas plus heureux que ses confrères. Puis, pendant d'autres manœuvres, il conçoit l'idée d'un nouveau procédé : le malade étant assis à terre, sa tête entre les jambes d'un aide, le chirurgien placé en face met le genou gauche sous le menton du blessé, pendant que son pied repose sur un tabouret. Puis, procédant à la réduction, il se sert de ses deux pouces pour presser en bas et pour séparer les condyles de la partie antérieure de l'apophyse transverse du temporal, empêchant par son genou la partie antérieure de la mâchoire d'obéir à la force d'abaissement imprimée par les mains à la partie postérieure.

A la sensation d'une résistance vaincue, à la mobilité de mâchoire, M. Bernard, jugeant qu'il était temps de pousser l'os dans sa cavité, porte en arrière et horizontalement les condyles, en même temps qu'un mouvement d'élévation du genou, au moyen de l'extension du pied, repousse le menton en haut.

C'est ainsi qu'il a réduit une luxation qui avait résisté aux procédés connus.

Séance du 27 septembre.

Présidence de M Louyer-Villermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre de M. le ministre de l'instruction publique, annonçant qu'il vient d'accorder 2,000 fr. à M. le docteur Gannal pour ses travaux sur la conservation des cadavres.

2° Lettre de M. le ministre du commerce avec envoi d'un rapport de M. Lelong sur une épidémie qui a régné dans la commune de Buding.

3° Lettre du même avec envoi de la recette et de l'échantillon d'un remède anti-rachitique.

Correspondance manuscrite ;

1° Lettres de MM Trousseau, Vassal, Téallier et Dubois d'Amiens, se présentant comme candidats à la place présentement vacante dans la section de pathologie interne.

2° Lettres de MM. Chassinat, Munaret et Malle, se présentant comme candidats à la place de membres correspondant.

3° Lettre de M. Huard : croit avoir découvert une composition propre à faire pousser les cheveux, et demande qu'on veuille bien nommer une commission pour suivre les expériences qu'il se propose de faire.

4° Lettre de M. Lafargue de Saint-Émilion : contient quelques réflexions sur les effets de l'inoculation de la morphine par la lancette.

5° Recherches et observations sur le seigle ergoté et sur l'insecte dont la liqueur produit l'ergot, par M. Debourge.

6° Observation d'odontolithe developpée dans l'écartement de deux racines externes de la première dent molaire supérieure, par M le docteur Lefèvre.

7° Mémoire sur l'iritis ou inflammation de l'iris, par M. Stœber.

8° Réflexions sur quelques points de l'organisation de la médecine en France par le même.

Observation d'un polype du larynx ; communication de M. Gérardin jeune.

Obs. — M. S., âgé de soixante-trois ans, perdit tout à coup la voix, il y a environ deux ans. Pour la lui ren-

dre, on essaya des sangsues, des vésicatoires, des gargarismes aluminés, etc., tout fut inutile. L'hiver suivant il s'enrhuma ; à ce rhume se joignit un étouffement considérable, et à la veille de se mettre en route pour aller respirer l'air de la Normandie, son état empira, et M. Gérardin fut appelé. Le malade était assis sur son lit, haletant, avec respiration sifflante, voix éteinte, toux rauque, visage enflammé, l'œil animé, en un mot, tous les symptômes de strangulation et de l'asthme suffocant. M. Gérardin pratiqua de suite une saignée du bras qui amena une amélioration sensible, mais elle ne fut pas de longue durée, le retour des mêmes symptômes fit revenir au même moyen et ainsi de suite jusqu'à quatre fois, après quoi le malade mourut.

Le larynx examiné, on découvrit que la glotte était obstruée par le développement d'une tumeur ; l'air n'avait passage qu'à travers un pertuis sinueux du diamètre d'une plume de poulet. En faisant une incision à la partie postérieure du larynx et de la trachée-artère, et en écartant les bords de la division, on voyait surgir une tumeur grosse comme une aveline, blanche, couverte d'aspérités, de une à deux lignes; cette végétation avait un court pédicule qui occupait tout le sinus droit du larynx.

M. Gérardin rapproche cette observation d'une observation analogue citée par M. Ferrus, et croit pouvoir en tirer les conclusions suivante :

1° Il est permis de croire à l'existence d'une tumeur dans le larynx en ayant égard à la date de l'aphonie.

2° Au sifflement produit pendant l'inspiration et pendant l'expiration.

3° Au calme apporté par les premières saignées, bientôt suivi du retour des accès.

4° A la similitude des symptômes avec ceux d'un asthme convulsif.

Fistules vésico-vaginales transverses; par MM. Spezel et Coglioso. — Rapport de MM. Thyllaie et Maingault.

Avant de nous faire part de leur méthode, MM. Spezel et Coglioso examinent les méthodes de leurs prédécesseurs; elles sont au nombre de quatre : 1° *affrontement des bords de la fistule*, procédé de Desault; 2° *cautérisation;* 3° *appareils unissant,* sonde érigne de M. Lallemand ; 4° *suture.*

La nouvelle méthode comprend deux temps, l'avivement des bords, et leur réunion par la suture enchevillée.

1° Deux instrumens sont employés à remplir la première indication. Le premier ressemble à des pinces incisives droites, mais il n'agit pas de la même manière, il coupe très-nettement et à la manière des ciseaux. En effet, les tranchans sont obliquement dirigés en sens inverse, de façon qu'ils se touchent par le rapprochement des anneaux.

Le second instrument, destiné à rafraîchir la lèvre antérieure, ne diffère du précédent qu'en ce qu'il présente à partir du clou une courbure à angle obtus. Du reste, la forme et la disposition de ses tranchans sont en tous points les mêmes.

Dans les deux instrumens les tranchans ont environ cinq lignes d'étendue.

2° Le second temps se compose, avons-nous dit, de la suture enchevillée, trop connue pour être décrite ici. Deux points de suture sont ordinairement suffisans.

En dernier résultat, on voit que la méthode que proposent MM. Spezel et Coglioso pour réunir les fistules vésico-vaginales revient à celle qu'on emploie chaque jour contre le bec-de-lièvre. L'essentiel, c'est de rafraîchir les bords de la plaie et de les mettre en état de se réunir. (Le travail de MM. Spezel et Coglioso est renvoyé au comité de publication.)

Note sur l'orchite, par M. Rochoux.

Un fait communiqué par M. Ricord a fourni l'occasion de cette note : c'est le sixième, à la connaissance de M. Rochoux, où l'autopsie est venue confirmer l'exactitude d'une opinion émise par lui dans un journal en 1833. Et quelle est cette opinion ? c'est que l'*orchite blennorrhagique* ou *testicule vénérien* est formé non par le gonflement du testicule, comme on le croit, mais par un épanchement dans la tunique vaginale, lequel n'est lui-même qu'une suite de l'inflammation de cette membrane.

M. Rochoux croit avoir émis le premier cette théorie, à laquelle se sont rangés la plupart des médecins, et notamment MM. Velpeau, Bérard, Forget, etc.

M. Velpeau. M. Rochoux me fait partager son opinion, j'en diffère pourtant. L'orchite est assez connue, et depuis quelques années surtout j'en ai vu un assez grand nombre pour m'éclairer. Il est bien vrai que le testicule est moins gonflé dans cette maladie qu'on ne l'a dit ; il est bien vrai qu'il se fait un épanchement dans l'intérieur de la tunique vaginale ; mais cet épanchement est léger, et ce n'est pas lui qui constitue la maladie. J'ai cherché à vérifier la théorie de M. Rochoux sur sa nature, et je puis assurer que sur quarante ou cinquante faits qui sont récemment passés sous mes yeux, dans la moitié au moins l'épanchement de la sérosité n'était pas pour le quart dans le volume de la tumeur ; au contraire, le testicule y était pour la moitié. Voici comment je me suis assuré du fait: Le gonflement, comme on sait, se fait très-rapidement, c'est une affaire de quatre à cinq jours. Si l'on soulève alors le testicule, on sent que le poids est plus considérable qu'il ne devrait l'être si la tumeur n'était qu'un amas de sérosités. En second lieu, l'œil ne découvre aucune transparence ; et si l'on examine l'épididyme en arrière, le toucher reconnaît que cet organe prend une grande part au volume de la tumeur.

M. Rochoux. La meilleure manière de combattre l'opinion qu'on vous oppose est de prouver que la vôtre est très-solidement établie. En conséquence je vais répéter de vive voix ce que j'ai dit par écrit dans la note que vous venez d'entendre. Une principale preuve m'est

fournie par l'ouverture des corps. J'ai constaté sur six cadavres que l'orchite est formé presque exclusivement par l'épanchement d'un liquide séro-purulent entre les deux feuillets de la tunique vaginale. A cela je pense qu'il n'y a rien à répliquer.

On dit qu'il n'y a pas de transparence; mais les membranes enflammées ne se laissent pas facilement traverser par les rayons lumineux.

Enfin pour peu qu'on ait d'habitude, on sent distinctement la fluctuation.

M. Blandin. J'ai vu aussi un grand nombre d'orchites et je ne partage pas pour cela, ou à cause de cela, l'opinion de M. Rochoux, du moins dans tous les temps de la maladie. L'état des organes dépend du moment où on les examine. Au début, il est clair que l'inflammation descend de l'urètre par les canaux déférens, à l'épididyme et au testicule. Il existe en effet deux tumeurs, une supérieure formée par l'épididyme; une inférieure formée par le testicule. Ainsi, c'est d'abord l'épididyme et le testicule qui forment la plus grande partie de la tumeur; mais à mesure qu'on s'éloigne du début et que la résolution approche, il se peut que l'épanchement de la tunique vaginale soit le principal élément de la maladie.

— M. Voisin lit un mémoire dont nous ne devons indiquer ici que l'objet. Il veut prouver que la nature, insouciante des individus ne s'intéresse qu'aux espèces; d'où il déduit cette loi que l'homme, que tout animal, est appelé à se reproduire; c'est son instinct, c'est sa mission. Nous reviendrons à l'occasion du rapport sur un travail qui a captivé l'attention de la compagnie jusqu'au bout, et dans cette partie de la séance où l'on n'en donne plus guère qu'aux communications les plus intéressantes.

M. Bouvier présente une observation d'abcès du cervelet.

Séance du 4 octobre.

Présidence de M. Louyer-Villermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre ministérielle en date du 28 septembre, avec envoi de l'état nominatif des malades qui ont visité les eaux de Forges en 1835.

2° Lettre ministérielle du 1er octobre, avec envoi d'un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol, sur une affection typhoïde verminense qui a régné dans la commune de Sibiville.

3° État des vaccinations pratiquées dans l'arrondissement de Narbonne.

Correspondance manuscrite.

1° Lettre de M. Coissard de Castelnaudary sur le choléra-morbus.

2° Lettre de M. Chevalier sur les variétés de température des eaux de Vichy.

3° Notice médicale sur le voyage de M. Baudouin dans le pays des dattes (Afrique), par M. Mignyon.

4° Lettres de MM. Tonnelé de Tours, Stœber de Strasbourg, Colson de Noyon, Noble de Versailles, Pravaz de Lyon, Lafosse de Caen, Kuhnoltz de Montpellier, Reynaud du Puy, Lejeune de Reims, se portant tous comme candidats aux places de correspondans de l'Académie.

5° Observations pour servir au traitement préservatif du cancer de l'estomac, par M. le docteur Berthelot.

6° Lettre de M. R. Gérardin, se portant comme candidat à la place présentement vacante dans la section de pathologie interne.

7° Lettres de MM. Griffa de Turin et Talma de Bruxelles, sollicitant le titre de correspondans étrangers.

Du traitement de la gale; par M. Malapert. — Rapport de M. Bousquet.

M. Malapert reproche aux traitemens les plus usités contre la gale d'être malpropres et peu sûrs. Pénétré de ces inconvéniens, il s'est mis à la recherche d'une nouvelle méthode, et il croit l'avoir trouvée dans les caustiques, auxquels il attribue le triple avantage d'appeler et de fixer le mal à l'extérieur, de l'éteindre sans retour, et de prévenir toute espèce de rétrocession sur les organes internes.

M. Malapert prescrit les caustiques en friction et dissous dans l'eau. Il termine son mémoire par un tableau comparatif où l'on voit en regard :

La potasse caustique.

La soude.

Le sublimé corrosif.

L'acide sulfurique.

Et le sous-carbonate de potasse.

De tous ces moyens, l'auteur préfère le sublimé corrosif comme le plus sûr et le plus expéditif. Il guérit, terme moyen, en quinze jours. La dose est de douze grains par once d'eau.

M. Planche fait observer que ce traitement est connu, et qu'on trouve dans Paul d'Egine une formule contre la gale où figure le sublimé corrosif.

M. Récamier parle dans le même sens; il ajoute qu'il a été appelé en consultation pour voir une dame atteinte de la gale. Il proposa le sublimé corrosif. M. le médecin ordinaire lui fit observer que la malade était si sensible au mercure, qu'il avait suffi d'un demi-grain de calomel pour lui donner une érysipèle, néanmoins M. Récamier insista; mais au lieu d'une demi-once de sublimé qu'il a coutume de prescrire par bain, il n'en prescrivit que dix grains, ce qui n'empêcha pas que tout le corps se couvrit d'un érysipèle. M. Récamier aime beaucoup mieux l'administration du sublimé en bains qu'en frictions; mais il faut avoir soin de prendre une baignoire de bois, sinon il y a décomposition du mercure, et il en faut une dose beaucoup plus considérable pour obtenir les mêmes effets.

M. Rochoux fait observer que dans l'administration du sublimé par bains, il faut s'assurer que les malades ne portent pas de plaies à la peau; s'il y en avait, il faudrait renoncer à ce mode d'administration, qui

exposerait à tous les inconvéniens de l'absorption d'un véritable poison.

Essai sur les rapports entre les symptômes primitifs de la maladie vénérienne et les affections consécutives de la peau appelées syphilides ; lu par M. Martins.

La première question que se fait M. Martins est celle-ci : Quels sont les symptômes primitifs qui exposent le plus souvent aux syphilides ? La blennorrhagie y mène quelquefois, mais cela est rare. La complication d'une orchite ou d'un bubon n'ajoute rien aux chances de cet accident. Les chancres y conduisent beaucoup plus souvent, surtout lorsqu'ils sont accompagnés, précédés ou suivis d'autres symptômes d'infection.

Les syphilides papuleuses sont les plus communes de toutes.

Les pustuleuses (ecchymo-syphilitienne) sont les plus rares de toutes chez les adultes.

Les syphilides graves, telles que les tubercules et les ulcérations, succèdent aussi souvent à des blennorrhagies qu'à des chancres.

La moitié des syphilides et plus affectent en débutant la face ou le cuir chevelu.

Rien de plus variable que le temps où se manifestent les syphilides : toutefois elles sont moins lentes à paraître après les chancres qu'après la blennorrhagie.

La moitié des syphilides qui succèdent aux chancres se montrent dans l'intervalle des sept mois.

Parmi les causes occasionnelles susceptibles de provoquer le développement des syphilides, M. Martins met au premier rang la chaleur ; mais en général les extrêmes de la température ont à peu près la même influence.

De la volonté considérée comme puissance morale et comme moyen thérapeutique ; par M. Jolly ; rapport de M. Pariset.

L'objet de ce mémoire est de faire considérer la volonté comme un agent dont la thérapeutique peut tirer grand parti pour le traitement et la guérison de certaines maladies, et notamment de maladies nerveuses, telles que la danse de Saint-Guy, le bégaiement, le strabisme, le hoquet, etc.

A cette occasion, l'auteur est entré dans une suite de propositions entre lesquelles M. le rapporteur ne voit pas toujours une parfaite concordance. Par exemple, dès la première ligne, M. Jolly considère la volonté comme une puissance qui règle et domine la pensée, et un peu plus loin il assure que l'exercice de la pensée est entièrement soustrait à l'empire de la volonté. Au reste, auteur et rapporteur s'accordent à reconnaître l'utilité d'une forte volonté pour régler l'exercice de certaines fonctions, et les faire rentrer lorsqu'elles s'en sont écartées.

Communications verbales.

M. Blandin présente deux sujets sur lesquels il a pratiqué diverses opérations d'autoplastie ; l'un est un enfant d'une douzaine d'années : son frère, en maniant un fusil, le déchargea sur lui et lui enleva presque tout le côté gauche de la figure. L'intérieur de la bouche était entièrement à jour, en sorte que la salive en coulait continuellement. M. Blandin a détaché un fragment de peau du front et en a formé la face du nez qui manquait ; il en a pris une autre à la région temporale, l'a ramené en bas et en a formé la joue et la commissure gauche des lèvres. M. Blandin fait observer qu'il a conservé l'artère temporale dans le second fragment, contre l'opinion de Diffenbach, qui veut qu'on laisse les grosses artères de côté dans toutes les opérations d'autoplastie.

L'autre sujet est un homme d'une cinquantaine d'années ; il portait un cancer au menton qui a nécessité l'ablation de la lèvre inférieure tout entière. M. Blandin a refait cette lèvre avec la peau de la partie antérieure du cou.

M. Velpeau met sous les yeux de l'Académie la colonne vertébrale de ce malheureux garde national dont les journaux politiques ont entretenu le public. Un de ses camarades saute un fossé en chargeant son fusil ; le fusil part, et la baguette, encore dans le canon, atteint M. C. Elle travers le corps de la cinquième vertèbre dorsale de gauche à droite, à deux lignes du canal rachidien, et entre dans le côté de la poitrine en traversant le poumon droit jusqu'au cartilage des côtes. Le blessé va droit à l'hôpital de la Charité ; on fait diverses tentatives pour extraire la baguette ; impossible. Cependant ce jeune homme supportait merveilleusement sa position ; il n'avait aucune inquiétude ; cela a duré trois jours ; après quoi on a entendu un peu de râle crépitant dans le côté droit du thorax, signe certain de la pneumonie ; on a fait une, deux et trois saignées ; tout annonçait un mieux sensible, lorsque le malade a expiré presque tout à coup, suffoqué par le sang.

M. Velpeau avait parlé de cet accident à M. Charrière, l'un des couteliers les plus habiles en instrumens de chirurgie, et il avait fabriqué une espèce de tire-bouchon avec lequel on aurait certainement extrait le corps étranger. Cet instrument est mis sous les yeux de la compagnie.

M. Ségalas fait voir un enfant de deux ans qu'il a opéré de la pierre, lorsqu'il n'avait encore que trente-trois mois. L'opération a demandé six séances et six semaines de temps. C'est, je crois, le plus jeune des enfans lithotritiés : sous ce rapport, il présente un intérêt tout particulier.

Séance du 11 *octobre.*

Présidence de M. Louyer-Villermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre ministérielle, 8 octobre, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'une eau que M. Brierre de

Montrault donne comme propre à guérir les maladies des yeux.

2° Lettre ministérielle, 8 octobre, avec envoi d'un rapport sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans la commune de Chautrans.

Correspondance manuscrite :

1° Lettre de M. Boucheron : dit posséder la recette d'un remède propre à faire pousser les cheveux, et prie qu'on nomme une commission pour suivre des expériences.

2° Lettre de M. Lafargue sur un nouveau signe propre à faire constater la présence de l'opium dans les liquides contenus dans l'estomac.

3° Lettre de M. le docteur Vérhues de Rabastens : se porte comme candidat à la place de membre correspondant.

Note de M. le docteur Costallat. — Rapport de M. Louis.

M. Costallat a pensé que le climat d'Alger devait être favorable aux phthisiques. Préoccupé de cette idée, il en a écrit à M. le ministre de l'intérieur, lequel a transmis la note de ce médecin à l'Academie, avec prière de lui donner son sentiment.

Le rapport de la commission conclut :

1° Que, dans l'état actuel de la science, rien ne prouve que le climat d'Alger puisse favoriser la guérison de la phthisie.

2° Que, pour savoir à quoi s'en tenir à cet égard, il faudrait, avant tout, rechercher, au moyen d'une statistique bien faite, si la phthisie est rare ou commune à Alger, soit chez les habitans du pays, soit chez les Européens qui y sont établis depuis un espace de temps plus ou moins considérable : si cette maladie, une fois développée marche plus ou moins lentement qu'en France vers son terme fatal.

3° Qu'il serait à désirer, à raison de l'importance du sujet, que l'autorité prît les mesures nécessaires pour recueillir les élémens de cette statistique.

4° Que, dans le cas où elle serait favorable à la proposition de M. Costallat, celle-ci pourrait être jugée au moyen d'un établissement qui contiendrait un nombre de lits très-inférieur à celui qui a été demandé. M. Costallat demande quatre ou cinq cents lits.

M. Bouillaud. Si j'ai bien entendu, M. Louis croit que la science qui, depuis le commencement de ce siècle surtout, a fait de si grands progrès, en est à peu près toujours au même point sur la phthisie. Selon lui, on ne sait même pas ce qui la favorise, ce qui l'éloigne. Si l'on parle des causes prédisposantes, je suis assez de cet avis. On sait seulement qu'il y a des familles entières qui sont moissonnées par cette maladie, on sait qu'elle a le funeste privilége de se transmettre des parens aux enfans. Mais d'où vient et en quoi consiste cette funeste prédisposition ? On en accuse la constitution scrofuleuse ; mais il y en a sans doute bien d'autres causes. Quoi qu'il soit, je laisse de côté les causes prédisposantes, et m'attache uniquement aux causes occasionnelles. Parmi celles-ci, il en est une si évidente et si généralement reconnue, que je m'étonne qu'elle soit niée par M. Louis : je veux parler du froid, et surtout du froid humide. Tous ceux qui ont lu le bel ouvrage de M. Broussais sur les phlegmasies chroniques ne conservent aucun doute à cet égard. Mais peut-être la dissidence qui me sépare de M. Louis sur ce point tient-elle à la manière dont nous envisageons l'un et l'autre la pathogénie des tubercules. Moi, je crois que l'inflammation y prend la plus grande part, et comme les rhumes, les catarrhes, et généralement toutes les phlegmasies pectorales, sont infiniment plus communes dans les pays froids que dans les pays chauds, je m'explique très-bien comment les phthisiques y sont aussi plus nombreux. En d'autres termes, je crois que le froid expose aux inflammations thoraciques, et que les inflammations thoraciques mènent aux tubercules pulmonaires.

M. Louis. Je me suis mis en dehors de toutes ces questions, parce que ce n'était pas ici le lieu de les traiter. M. le ministre demande si le climat d'Alger doit être favorable aux phthisiques, et je réponds que cette question ne peut être jugée *à priori*. M. Bouillaud demande de son côté ce qu'il faut penser de l'influence du froid et de la chaleur sur le développement de la phthisie, et si j'enverrais indistinctement dans tous les climats un sujet prédisposé à cette maladie. Je sais qu'il est d'usage de conseiller les pays chauds aux mauvaises poitrines, et qu'il y a des malades qui en reviennent soulagés ; mais je sais aussi que parmi ceux à qui leurs affaires ne permettent pas de voyager, il s'en trouve qui éprouvent les mêmes soulagemens. Y en a-t-il plus d'un côté que de l'autre ? Encore une fois, on n'en sait rien du tout, et si quelqu'un a des statistiques à cet égard, qu'il les montre, car c'est encore une question de chiffres.

M. Rochoux parle dans le même sens que M. Bouillaud, et tire de l'empressement qu'on met à réprimer les inflammations qui surviennent aux phthisiques une preuve de l'influence qu'on accorde à l'inflammation sur le développement des tubercules.

M. Marc dit que les Anglais sont dans l'usage d'envoyer leurs phthisiques à Madère ; mais si on consulte leurs tables de mortalité, on voit clairement que jamais ni ce climat ni aucun autre n'a guéri une seule phthisie.

M. Piorry ne comprend pas qu'on ose mettre en doute la funeste influence du froid sur la phthisie : la preuve de cette influence, dit-il, il n'est pas besoin de l'aller chercher bien loin, il suffit de savoir qu'il périt beaucoup plus de phthisiques en hiver qu'en été.

M. Segond, correspondant à Cayenne, présent à la séance, dit que, quoiqu'il ne connaisse pas le climat d'Alger, il ose le rapprocher de celui de Cayenne, où le thermomètre se maintient presque toujours entre 24 et 26°. Dans un temps donné, sur 1,013 Anglais, il en est mort 20 de la phthisie pulmonaire ; dans l'hôpital confié aux soins de M. Segond, sur 42 affections de poitrine, il ne s'est trouvé qu'une phthisie ; néanmoins il ne pense pas que le climat de la Guyane française soit plus salutaire qu'un autre aux personnes menacées de la phthisie : il en a vu plusieurs qui ont été forcées

d'abandonner la colonie à cause des accidens qu'elles y éprouvaient. Lui-même y a éprouvé une hémoptysie et des symptômes thoraciques dont il a eu de la peine à se remettre; il va beaucoup mieux depuis qu'il est en France.

Observation sur une hernie inguinale; par M. Bouchard, de Vire.—Rapport de MM. Canuet et Blandin.

Le sujet de cette observation est un homme de cinquante-six ans, qui portait depuis son enfance deux hernies qu'il maintenait à l'aide d'un bandage. Un jour en travaillant aux champs, il éprouva, après un violent effort, une forte douleur; c'était l'intestin qui s'était échappé. Roussel rentre chez lui, et essaie inutilement à le faire rentrer. M. Bouchard ne le vit que vingt-six heures après l'accident. Le pouls était petit, concentré, les vomissemens continus, en un mot, tous les symptômes de l'étranglement.

Après avoir cherché à réduire l'intestin, M. Bouchard propose l'opération, laquelle est acceptée sans difficulté.

Ayant rasé les parties, je fis à la peau une incision oblique de dehors en dedans. Elle commençait un peu au-dessus de l'angle externe de l'anneau, et finissait au-dessous de la tumeur. J'enlevai successivement les diverses couches qui recouvraient le sac; bientôt j'arrivai à celui-ci, que j'ouvris en dédolant, et, à l'instant où je pénétrai dans sa cavité, il s'en échappa avec force un jet de sérosité sanguinolente. J'agrandis d'abord l'ouverture en bas, puis en haut. Alors se présenta le testicule droit, au-dessous duquel était une anse de l'intestin grêle, déjà d'un rouge brunâtre. Je portai, mais avec beaucoup de peine, l'indicateur de la main gauche au-dessous de l'anneau, et, à la faveur de ce doigt, je fis glisser le bistouri boutonné concave; puis, présentant son tranchant aux parties à inciser, je coupai en même temps le collet du sac formé par la tunique vaginale, et le pilier supérieur de l'anneau, en dirigeant l'incision parallèlement à la ligne blanche, suivant le conseil de Scarpa. Je voulus, avant de réduire, faire sortir un peu de l'intestin situé au-dessus de l'anneau, afin de m'assurer de son état; je ne pus y réussir. Quelle était la cause de cette résistance? J'introduisis alors l'indicateur de la main gauche dans la cavité abdominale, et, à deux pouces et demi environ au-dessus du ligament du muscle grand oblique, dans la direction du canal inguinal, je rencontrai un anneau contre nature tellement tendu, et surtout si étroit, qu'il étranglait violemment aussi une anse intestinale. Il me parut long d'un demi-pouce environ, formé de deux piliers très-rapprochés l'un de l'autre. Le pilier supérieur, dont le bord libre offrait une convexité très-prononcée, était excessivement tendu, et contribuait puissamment à l'étranglement; le bord inférieur était concave. Le premier était évidemment adhérent à la portion du péritoine qui recouvre les parois abdominales. Un aide comprima l'intestin placé au-dessus de l'anneau inguinal, afin que je ne pusse le blesser. Je fis longtemps des tentatives avant de pouvoir porter le bistouri boutonné jusqu'au nouvel obstacle. Le danger devint imminent; je sentis d'abord l'intestin s'affaisser, puis s'appliquer sur les côtés de mon doigt, et enfin couvrir sa face palmaire. Cependant je parvins, par de légers mouvemens latéraux, à le placer au-dessous de mon doigt, et aussitôt je cherchai à inciser le pilier supérieur de cet anneau accidentel. La première fois je l'entamai légèrement; une seconde et une troisième fois j'agrandis l'incision; une quatrième tentative fut enfin couronnée d'un plein succès, le débridement fut largement opéré. Je pus alors très-facilement attirer en dehors non seulement l'anse intestinale étranglée par cet anneau, mais encore une portion d'intestin située au-dessus. La première était d'un rouge brunâtre, comme l'anse étranglée par la tunique vaginale; la seconde était parfaitement saine. Dès ce moment il me fut aisé d'opérer la réduction entière des parties déplacées.

Ainsi cette opération offrit deux temps bien distincts: dans le premier, c'est-à-dire depuis l'incision de la peau jusqu'au débridement de l'anneau inguinal, elle fut faite promptement et n'eut rien de particulier; dans le second temps, je veux dire pendant le débridement de l'anneau accidentel, les plus grandes difficultés se présentèrent et ne furent vaincues qu'avec peine; et, chose bien remarquable, Roussel parut presque insensible à la douleur, son pouls resta calme; seulement il se plaignit du froid aux pieds; mais il était à peine couché depuis une demi-heure, que déjà la chaleur était revenue.

Recherches sur un point de l'anatomie pathologique de la phlébite, par M. Tessier.

Le point d'anatomie que M. Tessier cherche à établir, c'est que, dans la phlébite, la matière plastique s'organise de manière à environner le pus, et par conséquent à en empêcher le mélange avec le sang.

Séance du 18 octobre.

Présidence de M. Louyer-Villermay.

1° Lettre ministérielle, en date du 14 octobre, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'une eau cosmétique.

2° Lettre *idem, idem,* avec envoi de la recette et de l'échantillon de deux recettes contre des *affections rhumatismales, névralgiques et inflammatoires.*

3° Lettre *idem, idem,* avec envoi de la recette et de l'échantillon de plusieurs remèdes secrets dont on ne dit pas les propriétés.

4° Lettre *idem, idem*, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'un remède auquel on attribue les propriétés de favoriser la dentition.

5° Lettre *idem, idem*, avec envoi du rapport du médecin-inspecteur des eaux minérales de Chataldon.

6° États des vaccinations de l'Yonne, de la Nièvre et de l'Eure.

Correspondance manuscrite.

1° Remarques expérimentales sur les maladies chroniques, par le docteur Gérard.

2° Lettre de M. Gauthier, pharmacien à Cannes, avec envoi de la recette d'un remède contre les maux dents.

3° Observation d'un kyste séreux développé dans la région parotidienne gauche.

4° Mémoire topographique et médical sur l'île de Corse, par M. le docteur Vanucci.

5° Lettre de M. Laserre d'Agen, qui se porte comme candidat aux places de membre correspondant.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Louis revient sur une proposition qu'il a faite dans la dernière séance, et qui est passée inaperçue au milieu de la discussion. L'objet de cette discussion était de savoir si les pays chauds en général, et le climat d'Alger en particulier, sont favorables aux phthisiques. M. Louis a soutenu que, quoique par une sorte d'habitude on les envoie en Italie, à Nice ou aux îles d'Hyères, en réalité on ne sait rien de positif à cet égard. Cependant la question est importante, mais elle ne peut pas être étudiée à Paris. Il faut des observations comparatives. M. Louis a proposé et propose encore de consulter les correspondans de l'Académie dans différens lieux, afin d'avoir des termes de comparaison, et de nommer une commission, laquelle devra rédiger une instruction qu'on leur fera tenir.

Cette proposition, appuyée par MM. Rochoux et Bouillaud, est adoptée.

Observation pour servir à l'histoire de l'opération de l'empyème dans les divers cas d'épanchement pleurétique. Rapport de MM. Sanson et Bouillaud.

Le mémoire de M. Faure contient huit observations que MM. les commissaires font connaître une à une. Sur ce nombre, un malade est guéri; un autre était en voie de guérison lorsqu'il est sorti de l'hôpital, mais il a été perdu de vue; les autres ont été soulagés mais ils sont tous morts.

Néanmoins M. Faure se félicite si sincèrement de ce résultat, qu'il se reproche de n'avoir pas employé plus souvent l'opération à laquelle il l'attribue, et promet bien d'être plus entreprenant à l'avenir. « Lorsqu'un épanchement thoracique spontané a été reconnu, si tous les moyens d'en procurer la résolution ont été employés sans succès, il ne faut pas, dit-il, tarder autant qu'on le faisait autrefois à recourir à la ponction pour l'empêcher de s'accroître et de devenir funeste. »

La commission n'est pas éloignée de ce sentiment, mais elle pense que M. Faure n'a pas été toujours fidèle au principe qu'il pose lui-même, c'est-à-dire que s'il avait employé tous les moyens propres à opérer la résolution de l'épanchement, il n'aurait pas réduit ses malades à la dure nécessité de subir la ponction de la poitrine. Quoi qu'il en soit, les faits rapportés par ce médecin sont fort intéressans, en ce qu'ils prouvent que la pleurésie, abandonnée à elle-même ou traitée par des moyens insuffisans, ne mène que trop souvent à un épanchement dans les cavités des plèvres, et finalement à la mort. M. Faure a saigné, il est vrai, ses malades, mais il ne les a pas saignés assez, et il n'a pas assez rapproché ses saignées, deux conditions indispensables au succès du traitement. La commission n'ignore pas qu'un médecin fort distingué de la Pitié a guéri environ cent quarante pleurésies dans un espace de temps assez court, quoiqu'il n'ait usé que très-modérément de la saignée. Puisqu'il la dit, cela est, nul doute à cet égard; mais M. le rapporteur a vu mourir avec ce traitement, tandis qu'il n'a perdu aucun des malades qu'il a traités, suivant la méthode des saignées *coup sur coup*, pour me servir de ses expressions.

Avec ce traitement, on étouffe la pleurésie presque à son début, et l'on ne donne pas à l'épanchement le temps de se faire; ou s'il est beau de le guérir quand il existe, il l'est encore plus de le prévenir.

M. Rochoux convient que l'opération de l'empyème réussit rarement; c'est une vérité de fait sur laquelle tout le monde est d'accord; mais pourquoi ne réussit-elle pas? c'est ce qu'on n'a pas dit clairement. Il a ouvert un certain nombre de corps qui avaient subi l'opération de l'empyème, et il a trouvé que toujours le poumon était affaissé, la plèvre granuleuse, épaissie; il pense que, dans cet état, la plèvre se prête mal à la dilatation, au développement du poumon; elle est, selon lui, la principale cause de la mort.

M. Sanson ne dira pas son opinion, mais il dira celle de Dupuytren. On sait que ce grand chirurgien eut, entre autres maladies, une pleurésie qui finit par un épanchement dans la poitrine; préoccupé de son état, il lut attentivement les observations de M. Faure et demanda à être opéré. M. Sanson fut mandé; il arriva avec un trois-quart, mais cet instrument fut trouvé trop gros, il revint le lendemain avec un plus petit. Dupuytren n'était plus.

M. Husson rectifie quelques circonstances de cette histoire. Il y eut, dit-il, une consultation composée de cinq médecins; ils se divisèrent sur l'utilité de l'empyème : deux étaient pour, trois contre. En apprenant le résultat, Dupuytren renonça sans doute à sa première idée, car il se réunit à la majorité en disant : *J'aime mieux mourir de la main de Dieu que de la main des hommes.*

M. Bouillaud confirme le récit de M. Husson, et, en effet, dit-il, on ne voit pas comment Dupuytren aurait pu se décider à une opération après laquelle six malades sur sept ont succombé.

M. Nacquart cite, en faveur de l'empyème, l'observation d'un jeune homme de Fontainebleau, lequel fut opéré par M. Roux et survécut plusieurs années à cette opération.

M. Roux se le rappelle fort bien; il se servit d'un trois-quart très-petit, et néanmoins il survint une assez forte inflammation. Au bout de quelque temps, les symptômes d'épanchement ayant reparu, on revint à l'opé-

ration, et ainsi de suite jusqu'à trois ou quatre fois. Ce jeune homme est mort longtemps après la dernière ponction. C'est, ajoute M. Roux, le seul succès que je puisse citer. Il croit cependant qu'il a sauvé un autre malade par le même moyen ; mais il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un épanchement purulent.

M. Martin-Solon croit que la question qu'on agite est loin d'être jugée. Il pense, lui, comme M. Rochoux, que le plus grand obstacle au retour du poumon est dans les fausses membranes dont la plèvre est recouverte ; pour faciliter ce développement, il recommande de ne vider la poitrine que peu à peu, et à diverses reprises ; il ne craint pas de faire répéter la ponction, ce n'est pas là qu'est le danger. Malheureusement les épanchemens se font quelquefois sourdement et à l'insu du malade, d'où il arrive qu'ils sont souvent anciens lorsque le médecin est consulté. Il a reçu dans ses salles, à l'hôpital Beaujon, un sujet qui se plaignait d'une affection du bas-ventre ; il le guérit, après quoi il découvrit un épanchement énorme dans l'un des côtés de la poitrine, et dont ce malade ne se doutait même pas.

M. Gérardin croit que c'est à tort qu'on considère l'épanchement comme toujours l'effet de la pleurésie : ce symptôme a plusieurs causes qu'il importe de distinguer, sans quoi il sera toujours impossible de s'entendre sur le traitement.

M. Roche répond que les causes ne sont pas aussi nombreuses qu'on voulait le faire entendre. Ainsi, dit-il, Laënnec a dit dans son livre qu'il était encore à trouver un épanchement qui ne fût pas l'effet d'une pleurésie.

Si M. Blandin a bien entendu les observations dont M. Bouillaud vient de présenter l'analyse, elles ne justifient pas le blâme qu'on jette sur l'opération de l'empyème. Il est mort, à la vérité, six malades sur sept, mais presque tous ont été soulagés. Il croit que le succès de cette opération dépend en grande partie du moment où on la pratique. Si, de bonne heure, les chances de succès sont grandes, elles diminuent, au contraire, si on laisse aux organes le temps de s'affecter gravement. Afin de compte, M. Blandin croit fermement que ce n'est pas tant l'opération qui tue les malades que la maladie pour laquelle elle est faite.

M. Lisfranc parle dans le même sens. Il en est, dit-il, de l'opération de l'empyème comme de l'opération du trépan. Un homme a la tête fracassée, on le trépane, il meurt ; mais pourquoi meurt-il? est-ce parce qu'il a été trépané? non, assurément, mais parce qu'il avait la tête fracassée, Il a fait assez souvent la ponction de la poitrine, et lorsque les malades sont morts, ce qui est arrivé souvent, il a toujours trouvé le poumon en très-mauvais état. Aussi, instruit par l'expérience, il ouvre la poitrine des très-bonne heure, ou il ne s'y décide qu'à la dernière extrémité, lorsque les malades ne peuvent plus respirer.

M. Emery dit que c'est bien à tort qu'on accuse toujours la pleurésie des épanchemens qui se font dans les plèvres : il en existe bien d'autres causes. Et, par exemple, il a vu plusieurs fois la disparition subite d'un dartre vive, d'un eczéma, donner lieu à cet accident. Il est même remarquable que, dans ce cas, l'épanchement se fait avec une extrême rapidité : c'est l'affaire de vingt-quatre heures.

M. Renauldin peut confirmer par son expérience l'observation de M. Emery.

M. Castel distingue les épanchemens aqueux d'avec les épanchemens purulens : ce sont deux espèces fort différentes. Les premiers reconnaissent plusieurs causes fort diverses : les seconds, au contraire, succèdent toujours à une inflammation, car il n'y a pas de pus sans inflammation.

Après cette discussion, le rapport de M. Bouillaud est mis aux voix et adopté.

M. Bouvier présente un malade, âgé de quatorze ans, affecté de déviation du rachis. Il montre, sur ce sujet, en quoi consiste l'*inclinaison* de la région lombaire, qu'il faut distinguer de sa courbure. Il fait voir qu'en corrigeant l'inclinaison on ne diminue en rien cette courbure. Il établit une distinction non moins importante entre l'inclinaison de la région cervicale et la courbure dorsale placée plus bas. L'effort des muscles, qui agit sur la première, est sans influence sur la seconde. M. Bouvier se propose d'appliquer à ce malade un appareil à inclinaison, et de le présenter de nouveau à l'Académie après le traitement.

(*Extrait du Journ. hebdom.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

—

Chlorure de soude. — Hémorrhagies cérébrales. — Prolapsus de la matrice.

M. Chailly rappelle à la Société qu'il l'a déjà entretenue du chlorure de soude, administré comme emménagogue à la dose de trente grains pour une pinte de véhicule. Il a eu occasion de revoir tout récemment une des jeunes personnes auxquelles il avait prescrit ce médicament pour une aménorrhée. Elle est bien réglée et bien portante. Il cite un second cas analogue où il a obtenu le même résultat.

M. Maingault entretient la Société d'un mémoire de M. Rochoux sur les hémorrhagies cérébrales. Dans ce mémoire, l'auteur a nié l'influence du ventricule gauche du cœur sur la production des hémorrhagies cérébrales. M. Maingault ne partage pas cette opinion que repoussent un grand nombre de faits. Il a vu, il y a peu de jours, une petite fille chez laquelle des congestions cérébrales fréquentes et internes sont évidemment liées à une hypertrophie du ventricule gauche. La saignée, qui a fait disparaître une sensibilité excessive de la rétine et le trouble des idées, a prévenu l'hémorrhagie cérébrale. Chez une autre jeune personne dont le cœur est très-volumineux et qui se trouvait sous une menace évidente d'apoplexie, M. Maingault a vu ce danger s'éva-

nouir, grâce à une abondante épistaxis. Il serait porté à croire que l'épilepsie, qui se termine souvent par une apoplexie, est elle-même fréquemment liée à une action trop énergique du cœur. Du moins, est-il toujours parvenu à diminuer la fréquence et la violence des attaques par des saignées répétées, lorsque l'épilepsie ne dépendait pas d'une altération pathologique existant dans l'encéphale.

M. Prus s'élève contre cette assertion de M. Maingault, que l'hémorrhagie cérébrale serait fréquente chez les épileptiques ; l'expérience a prouvé le contraire. Il résulte en effet, d'un relevé fait à Bicêtre par M. Lélut, que l'apoplexie se manifeste très-rarement chez les épileptiques. Revenant au mémoire de M. Rochoux, M. Prus établit que l'hémorrhagie cérébrale est fréquemment sous la dépendance des hypertrophies du ventricule gauche du cœur, que cette hémorrhagie est annoncée par des symptômes précurseurs plus souvent que ne le dit M. Rochoux. Si celui-ci n'en a pas tenu un compte suffisant, c'est que ses observations ont été recueillies, pour la plupart, dans les hôpitaux ou il est très-difficile d'avoir des renseignemens exacts sur les antécédens.

M. Delens ne croit pas que M. Rochoux ait commis l'erreur que l'on signale. D'après la théorie de cet auteur, l'apoplexie est précédée, pendant plus ou moins longtemps, d'une affection cérébrale, d'un ramollissement du cerveau, qui se manifeste par des symptômes qui peuvent être considérés comme précurseurs de l'apoplexie.

M. Prus répond que M. Rochoux déclare expressément que le ramollissement particulier, qu'il désigne sous le nom d'*hemorrhagipare*, ne se traduit à l'extérieur par aucun symptôme. Il reconnaît qu'il est très-ordinaire de voir une apoplexie apparaître tout à coup, chez des personnes qui, quelques heures, quelques momens auparavant, se félicitaient de leur bonne santé. Abordant la question du ramollissement apoplectipare, M. Prus dit, qu'ayant très-souvent cherché à le constater sur des cerveaux apoplectiques, soit en présence, soit en l'absence de M. Rochoux, il n'a que bien rarement conservé des doutes sur la non-existence du ramollissement pulpeux, jaunâtre, qui précéderait l'hémorrhagie. Presque toujours, et même dans le cas d'apoplexies promptement mortelles, il a vu les parois du foyer présenter, sous un filet d'eau, un tissu mollasse, lamelleux, flottant, et derrière ce tissu la substance cérébrale, soit jaunâtre et piquetée d'un grand nombre de points rouges ou noirâtres de la grosseur d'une petite tête d'épingle, ou simplement jaunâtre; mais il n'hésite pas à considérer le ramollissement cité, comme dû à la déchirure des vaisseaux et du tissu cérébral, à l'inflammation de ce tissu; quant à la couleur jaunâtre de la substance cérébrale ambiante, il la rapporte a l'imbibition du sang.

M. Delens a examiné plusieurs foyers chez des apoplectiques qui ont présenté des ramollissemens, qu'on ne pouvait pas regarder comme produits depuis peu d'heures ou peu de jours ; il n'affirme pas que ces ramollissemens précèdent l'apoplexie dans tous les cas, mais il croit qu'il doit en être ainsi très-fréquemment. Il lui semble difficile de concevoir comment l'impulsion du cœur peut rompre le tissu cérébral, à son état normal, lorsque les vaisseaux sont appuyés et maintenus, de toutes parts, par la substance même de l'organe et par ses enveloppes membraneuses et osseuses. La possibilité de l'hémorrhagie et de la formation d'une collection sanguine dans la substance cérébrale se conçoit, au contraire, très-facilement, si on admet l'altération préalable des vaisseaux et le ramollissement du cerveau.

M. Prus ne nie pas absolument qu'il y ait eu une prédisposition particulière, un changement *inconnu* de texture dans le point du cerveau, devenu le siége de l'apoplexie, changement sans lequel le coup de piston, donné par le cœur, n'aurait pas suffi seul pour produire l'épanchement sanguin. Mais il répète qu'il se croit autorisé à conclure, de recherches nombreuses faites sur ce sujet à Bicêtre, de concert avec M. Rochoux et les élèves de l'hospice, que, si un ramollissement particulier, ne s'annonçant à l'extérieur par aucun symptôme, précède l'hémorrhagie cérébrale, les choses ne se passent ainsi que bien rarement.

M. Prus ajoute que, si on s'étonnait que des mêmes faits, observés en même temps, M. Rochoux et lui aient tiré des conséquences aussi différentes, l'explication serait fort simple. M. Rochoux voyait son ramollissement dans des foyers où il était impossible à M. Prus et à un certain nombre d'élèves de l'apercevoir. La bonne foi était égale de part et d'autre ; la Société décidera dans sa sagesse de quel côté était la prévention.

En résumé, M. Prus regarde, comme une exception très-peu fréquente, ce que M. Rochoux donne comme la règle ordinaire et presque nécessaire.

M. Sabatier admet l'influence de l'impulsion du cœur dans la détermination de l'apoplexie cérébrale ; mais il ne faut pas méconnaître non plus le rôle que joue alors le système veineux. Si le sang veineux éprouve quelqu'obstacle à son retour dans le ventricule droit, l'impulsion du ventricule gauche sera bien plus puissante pour produire l'apoplexie. M. Sabatier a remarqué que, lorsqu'il existe des ossifications dans les vaisseaux cérébraux, c'est près des points ossifiés que s'opèrent les ruptures.

M. Delens ramène l'attention de la Société sur l'enfant dont a parlé M. Maingault, au commencement de la discussion. Cet enfant a présenté, entre autres symptômes cérébraux, une sensibilité excessive de la rétine. M. Maingault croit l'avoir préservé d'une apoplexie par une forte saignée. M. Delens n'est pas convaincu qu'il existât une congestion sanguine ; il pense qu'il s'agissait plutôt d'une forte excitation nerveuse. Ces excitations nerveuses, qui sont communes chez les enfans, cèdent à d'autres moyens que la saignée et notamment au sulfate de quinine à haute dose. M. Delens l'emploie avec un succès constant dans les convulsions et même dans les fièvres cérébrales à leur début. Une petite fille, âgée de 6 ans, avait été prise de convulsions et d'assoupissement, qui persistèrent malgré la saignée. M. De-

leus, profitant d'une rémission survenue dans les accidens, lui fit prendre, dans la soirée et la nuit qui suivirent, 15 grains de sulfate de quinine. Les accidens ne reparurent pas, tandis qu'un autre enfant, qui, à la même époque, se trouvait dans le même cas et qui avait été traité par les saignées seulement, avait succombé, bien que les symptômes eussent paru s'amender après les évacuations sanguines. M. Delens affirme ne pas avoir perdu d'enfans atteints d'affections cérébrales, depuis plusieurs années qu'il les traite par le sulfate de quinine, administré dès le début de la maladie et pendant les intermittences et les rémittences, quelque peu marquées qu'elles soient.

M. Audouard signale comme caractère des affections cérébrales, le retour périodique des accidens pendant le jour.

M. Jolly ne partage pas cette manière de voir; ayant rapproché un très-grand nombre d'affections périodiques, il a constaté que, le plus ordinairement, les douleurs du système cérébro-spinal ont des retours le soir et pendant la nuit, tandis que les accès des fièvres intermittentes se montrent surtout le matin.

M. Tanchou soumet à la Société le résultat de recherches, auxquelles il s'est livré, et qui établissent que les ligamens larges et les ligamens ronds ne sont pour rien dans la production des prolapsus de la matrice, que c'est à tort que l'on attribue ces prolapsus à leur seul relâchement. M. Tanchou a vu récemment, sur le cadavre d'une fille de 15 ans, les ligamens larges aussi relâchés que chez une femme qui est devenue mère. Cette fille n'avait pas cependant le moindre commencement de prolapsus.

Si l'on coupe ces ligamens et même les ligamens ronds, on éprouve autant de difficulté à abaisser l'utérus que lorsque ces ligamens sont intacts. Nouvelle preuve du peu de part qu'ils prennent soit pour maintenir l'utérus en place, soit dans les chutes de cet organe.

Mais, si on décolle le vagin en laissant les ligamens intacts, on produit le prolapsus qui devient plus complet, il est vrai, lorsque les ligamens larges et ronds sont coupés. C'est donc particulièrement le tissu cellulaire, qui unit le vagin aux parties environnantes, qui sert en même temps à maintenir l'utérus. Les replis du péritoine, qu'on a nommés ligamens larges, ne jouent presqu'aucun rôle pour maintenir l'organe dans ses rapports naturels. Ils sont particulièrement destinés, lors de la grossesse, à prévenir par leur développement graduel la trop forte distension du péritoine par le fait de l'augmentation de volume de l'utérus. Ce sont de véritables duplicatures d'attente. Quant aux ligamens ronds, ils peuvent jouer un rôle dans les derniers temps de la grossesse pour soutenir la matrice et l'empêcher de trop basculer en arrière. Mais, dans l'état de vacuité de cet organe, leur rôle est presque nul.

Les prolapsus du rectum et de la vessie peuvent dépendre également du décollement du tissu cellulaire qui unit ces organes aux parties voisines; ainsi, il n'est pas rare de voir, après une déchirure du périnée, le rectum faire hernie dans le vagin. Cette hernie est fort incommode, on la reconnait en introduisant un doigt dans le rectum.

Dernièrement, ajoute M. Tanchou, une femme affectée d'un cancer utérin et accusant une incontinence d'urine et une gêne particulière dans le vagin, s'offrit à mon observation. Je la touchai debout et ne trouvai rien d'abord; mais la femme étant accroupie, je rencontrai une tumeur pyriforme, fluctuante, formée par la vessie. Chez cette femme, l'utérus malade, ayant acquis un volume considérable, comprimait la vessie, et cet organe, ne pouvant plus se distendre en haut, se développait en bas et en arrière, de manière à faire peu à peu hernie dans le vagin.

Les prolapsus en général étant le résultat du relâchement du tissu cellulaire, les moyens thérapeutiques doivent consister dans tout ce qui peut tendre à raffermir ce tissu, à recoller en quelque sorte les mailles les unes aux autres; la compression par des pessaires appropriés, les astringens, certaines opérations chirurgicales, enfin, dans quelques cas, l'état de grossesse peuvent avoir de bons résultats.

M. Téallier attribue aux ligamens larges et ronds un rôle plus important, comme moyen de sustentation de la matrice, que celui qui leur est accordé par M. Tanchou. Si les prolapsus de la matrice, dit-il, dépendaient seulement du relâchement du tissu cellulaire, ils auraient lieu surtout dans les cas de cysto et de rectocèle, et c'est ce qu'on n'observe pas. M. Téallier a donné des soins à une femme accouchée deux fois naturellement, et chez laquelle, après ces deux accouchemens, il se manifesta une petite tumeur située d'abord derrière le méat urinaire et qui prit peu à peu un plus grand développement. Cette tumeur était formée par la vessie repoussant derrière elle la paroi antérieure du vagin. Chez cette femme, il n'existait pas de prolapsus de la matrice. Au reste, la direction et le siége des douleurs qu'éprouvent les femmes, lorsqu'on tire sur la matrice, prouvent, d'après M. Téallier, l'influence des ligamens pour soutenir cet organe. Les symptômes observés dans les maladies de ces mêmes ligamens ajoutent encore un nouveau poids à cette opinion. Quant aux pessaires, les avantages qu'ils procurent tiennent moins à la compression, qu'ils exercent sur les tissus cellulaires des parties voisines, qu'à ce que le vagin se resserrant au-dessous d'eux, ils soutiennent soit la matrice, soit le rectum ou la vessie, qui tendent à se porter dans la cavité du vagin.

M. Tanchou répond qu'il ne refuse pas absolument aux ligamens larges et ronds une part dans le rôle qu'on leur attribue. Ils ont bien quelque action pour maintenir la matrice, mais ils sont loin d'être, comme on l'a cru généralement, les seuls moyens, à l'aide desquels la matrice est, à l'état normal, maintenue dans ses rapports naturels. Le tissu cellulaire du vagin contribue beaucoup plus que ces replis du péritoine à produire ce résultat.

(*Extrait de la Revue Médicale.*)

PRIX PROPOSÉ PAR LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

—

La Société Médico-pratique de Paris, propose pour sujet de prix la question suivante :

« *Faire connaître la valeur des purgatifs dans les ma-*
» *ladies aiguës; étudier leur mode d'action; préciser,*
» *à l'aide de l'observation clinique, l'opportunité et la*
» *mesure de leur emploi.* »

A une époque de la science où la thérapeutique a pris une importance nouvelle, mais surtout où les modes de traitement les plus opposés sont préconisés avec une chaleur égale contre les mêmes maladies, la Société médico-pratique a pensé qu'il importait avant tout au médecin de bien connaître les médications en elles-mêmes. En appelant l'attention sur l'action des purgatifs dans les maladies aiguës, la Société désire que ce soit surtout l'observation clinique qui serve de base au travail qu'elle appelle, et qui touche par tant de points aux questions les plus importantes de l'art de guérir.

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

Les mémoires, en latin ou en français, doivent être rendus (*francs de port*), avec les formes académiques ordinaires, chez M. le docteur Alphée Cazenave, secrétaire général de la Société, rue St-Anastase, n° 3, avant le 1er octobre 1838.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

VAN MONS. Mémoire sur le rhumatisme, lu à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. 283

SEUTIN. Mémoire sur le bandage inamovible, lu au Congrès médical de Belgique. 286

FLORENT CUNIER. Observation de quatre ptérygions musculaires existant en même temps sur un même œil. — Excision pratiquée avec succès. 296

PHILIPPART. Observation sur un polype du col de la matrice. 299

FROMENT PÈRE. Quelques observations critiques au sujet des deux mémoires couronnés par le Congrès médical de Belgique, sur la question proposée par cette assemblée, concernant les moyens propres à opposer à la propagation de la syphilis. 300

OPHTHALMOLOGIE. Réplique de M. le docteur Thirion à la lettre de M. le docteur Cunier, relativement à la critique des ouvrages de M. Eble, faite par le premier.

VARIÉTÉS.

Remèdes secrets. — Condamnation de MM. Giraudeau et Albert. 306

JOURNAUX FRANÇAIS.

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

HÔTEL-DIEU. Observation d'abcès du cervelet, par M. Bouvier. 371

HÔPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES. (*M. Rambaud, chirurgien aide-major.*) Forte contusion à la tête; accident grave; emploi du tartre stibié à haute dose; guérison. *ib.*

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Blessures par une baguette de fusil. — Cas curieux. 373, 377, 380 et 389.

PATHOLOGIE INTERNE. (*Cours de M. Andral.*) Leçons sur les maladies des centres nerveux. 374

HÔPITAL DE LA PITIÉ. (*M. Lisfranc.*) Considérations médico-chirurgicales sur les ulcères simples, dits atoniques; anatomie pathologique de ces ulcères. 375, 382 et 394.

HÔTEL-DIEU. Autoplastie faciale. Heureux résultat. 378

Fractures du radius. Perfectionnement de l'appareil de Dupuytren. 379

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. (*M. Velpeau.*) Affection calculeuse vésico-rénale avec péritonite; mort. 381

HÔPITAL DES VÉNÉRIENS. (*Clinique de M. Ricord.*) Des préparations d'argent dans le traitement des maladies vénériennes. 383

» Salivation mercurielle. 384

ÉCOLE PRATIQUE. (*Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.*) Cinquième leçon. — Hydrophthalmie. 386

HÔPITAL DES VÉNÉRIENS. (*Clinique de M. Malgaigne.*) Du traitement des ulcères syphilitiques par la cautérisation objective. 397

» (*Clinique de M. Ricord.*) Note sur l'emploi du vin aromatique dans le traitement des chancres. 398

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

DEVERGIE AÎNÉ. Mémoire sur le traitement du catarrhe chronique de la vessie par les injections. 343

PETREQUIN. Histoire d'un cas remarquable de nécrose du frontal, suivie de quelques considérations sur la mortification des os du crâne. 350

SALMADE. Quelle est la méthode que l'on doit préférer dans le traitement de la phthisie pulmonaire. 353

JAQUEY. Nouveau bandage pour la fracture de la clavicule. 356

GENEST. Recherches sur quelques points de l'étude de la gangrène pulmonaire. (2e article.) 357

MALGAIGNE. Mémoire sur la détermination des diverses espèces de luxations de la rotule, leurs signes et leur traitement. (4e et dernier article.) 363

BÉDOR. Quelques considérations appuyées de faits particuliers sur la gynécomastie ou sur l'hypertrophie des mamelles chez l'homme. (Médecine légale.) 371

MONTAIN. De l'emploi du trépan perforatif dans l'opération de la fistule lacrymale. 373

AMBROSANO. Affection anormale du système nerveux survenue à la suite d'une plaie à la tête. 375

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

JOBERT DE LAMBALLE. Recherches sur la nécrose et la trépanation des os. (2e article.) 199

LEFÈVRE. Observation d'odontolithe développée dans l'écartement des deux racines internes de la première dent molaire supérieure du côté droit chez une femme de trente-six ans. 204

JOBERT DE LAMBALLE. Recherches sur la nécrose et la trépanation des os. (3e et dernier article, et non *cinquième article* comme il a été imprimé par erreur.) 205

TANQUEREL DES PLANCHES. Observation d'encéphalopathie saturnine, précédée de quelques observations sur cette maladie. 210

Clinique chirurgicale de M. Sanson, à l'Hôpital de la Pitié. Observations de hernies étranglées. 212
Lefoulon. Observation d'acéphalocystes développées dans la gencive. 216
Esquisses biographiques et littéraires. — Médecins et chirurgiens anciens et contemporains. — I. Velpeau, 17. Explications demandées au sujet de ces esquisses biographiques. 219

BULLETIN CLINIQUE.

Hôpital de la Charité. (*Service de M. le professeur Andral.*) Apoplexie cérébrale. — Cancer du foie et du pancréas. — Hypertrophie du cœur. — Mort. 67
Hémorrhagie de la protubérance annulaire. — Hypertrophie du cœur. — Mort. 69
Laurens. Deuxième cas de paralysie de la septième paire; guérison. 71

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Velpeau. Du traitement de certaines ophthalmies aiguës par les vésicatoires volans sur la face cutanée des paupières. 93
Trousseau. Des suppositoires stibiés comme moyen de rappeler la fluxion hémorrhoïdale. 98
Joly. Combustion humaine, dite spontanée. 101

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Leveillé. Mémoire posthume et inédit sur la névralgie rhumatismale aiguë de la vessie. 135
Raoul Chassinat. De la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur. (Suite et fin.) 143

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Mondière. Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas. (Fin.) 199
Hourmann et Dechambre. Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards. (5e et dernier mémoire.) 208

LEÇONS DE PHRÉNOLOGIE, PAR F.-J.-V. BROUSSAIS.

Suite de la neuvième leçon. 65
Dixième leçon. 66
Approbativité. *ib.*
Circonspection. 68
Bienveillance. 72
Onzième leçon. 75
Vénération. *ib.*
Fermeté, persévérance. 79

TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES PAR L'APPAREIL INAMOVIBLE.

Thèse de M. Hyppol. Larrey. 1 à 20.

ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

Justin Santi. De la nostalgie à bord des navires de guerre. 81
Kulhmann. Rapport sur les inconvéniens qui peuvent résulter de l'emploi du cuivre dans la construction des cheminées. 83
Ollivier (d'Angers). Mémoire médico-légal sur l'infanticide. Examen de cette question : Pendant combien de temps un enfant doit-il être considéré comme enfant nouveau-né? 85
Froriep. Qu'est-ce qu'un enfant nouveau-né. 92

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Sandras. Quelques réflexions sur la thérapeutique de la gastrite. 149
Mialhe. Observations pharmaceutiques diverses. 152
Nouvelles réflexions sur la préparation de la pâte de lichen d'Islande. 154
Forget. Du tétanos et de son traitement. *ib*
Malagutti. Du carbonate de soude considéré comme antidote des sels métalliques toxiques. 157

JOURNAL DE PHARMACIE.

Vogel. De l'action de l'acide sulfureux sur l'acier. 125
» Sur la décomposition des sels cuivreux au moyen du phosphore. 127
» Sur la réduction des sels mercuriels au moyen du cuivre. 128
Dobereiner. Sur plusieurs combinaisons nouvelles de platine. 129
Bengieser. Sur la préparation et les propriétés de l'acide hypériodique. 130
Wöhler. Formation artificielle de la partie cristallisée. 131
Dausse. Extrait d'un rapport fait à l'Académie royale de médecine. *ib.*

ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

Dumas et Péligot. Recherches sur la nature de l'Éthal. 51
Laurent. Sur l'hydrobenzamide. 56
Berthier. Action du plomb sur les arsénio-sulfures de fer, de cobalt, de Nickel et de cuivre. 58
Lassaigne. Note sur une concrétion formée dans le ventricule droit du cerveau d'un cheval. 64

JOURNAUX ÉTRANGERS.

ZEITSCHRIFT FUR DIE STAATSARZNEIKUNDE HERAUSGEGEBEN VON ADOLPH HENKE, IN ERLANGEN.

Möbus. Cas de superfétation. 383

HUFELAND'S U. OSANN'S JOURNAL DER PRAKTISCHEN HEILKUNDE.

Creuzwieser. Melæna suivi de guérison. 384
Mackal. Salivation provoquée par l'usage de l'iode. *ib.*
Notice nécrologique sur le docteur Hufeland. 385

BLASIUS KLINISCHE ZEITSCHRIFT.

Wittke. De l'ophthalmie intermittente. 386
Wiesing. Difformité congénitale du membre inférieur chez un enfant nouveau-né. *ib.*

PREUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITUNG.

Prosopalgie. Traitement par les douches chaudes, la vératrine et les narcotiques. 388
Observations sur les effets du seigle ergoté. *ib.*
De la thérapeutique de la gale. 389
Recherches du docteur Leue sur le mode de traitement employé contre la gale par les Anglais. *ib.*
Résultats de la méthode de traitement de la gale du docteur Wilhelm. 391
Unguentum Helenii contre la gale. 392

THE LANCET.

Anévrysme de l'artère temporale à la suite de l'application des ventouses. 393
HUTCHINSON. Considérations sur une affection spasmodique particulière des muscles du cou. *ib.*

LONDON MEDICAL GAZETTE.

LITCHFIELD. Clinique sur les maladies de la peau. 395
BLIZARD CURLING. Observation sur un cas d'hydrophobie, suivie de quelques considérations. 396

THE LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

O'BEIRNE (James). Quelques idées originales sur les fonctions et les maladies du canal intestinal. 398
KIRBY. Leçons orales sur les hernies; remarques pratiques sur les bandages herniaires.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

LARREY (HIPPOL.) Relation chirurgicale des événemens de juillet 1830, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. 2e édition. 157
PARENT DU CHATELET. De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration. 158
NAUMAN. Manuel de médecine clinique. 160
KLEMMEN. Dissertatio ophthalmologica. *ib.*
Fragmens sur la vie de Bernstein. *ib.*
HERMAN. De la fièvre intermittente à Alger. *ib.*
BURKARD EBLE. Les bains de Gastein. 161
ERNEST BLASIUS. Dictionnaire de chirurgie et d'ophthalmiatrie. *ib.*
Bulletin bibliographique. 162

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale des sciences. 163
Académie royale de médecine 165
Société de médecine de Paris. 173
Société médico-pratique de Paris. — Prix proposé. 172